

RAPPORT SUR LES RÉSULTATS DE SANTÉ

Importance du renouvellement des soins de santé :

À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques

DÉCEMBRE 2007



TABLE DES MATIÈRES

02	Sommaire
13	1: Pourquoi faire un rapport sur l'état de santé des Canadiens et sur les résultats de santé?
15	2: Pourquoi se préoccuper des maladies chroniques – La nécessité d'action
23	3: Promotion de la santé et prévention des maladies – Où en sommes-nous?
33	4: Qualité des soins de santé pour les maladies chroniques – Où en sommes-nous?
47	5: Prévenir et gérer les maladies chroniques – Comment pouvons-nous faire mieux?
54	Remerciements
54	Figures
55	Aperçu du Conseil canadien de la santé

La réalisation de ce rapport a été rendue possible grâce à la participation financière de Santé Canada. Les opinions exprimées dans ce document représentent le point de vue du Conseil canadien de la santé, agissant en son nom seul sans le contrôle ni la supervision de Santé Canada. Cette publication ne reflète pas nécessairement les opinions de Santé Canada, ni celles d'un gouvernement provincial ou territorial.

Pour joindre le Conseil canadien de la santé :

90, avenue Eglinton Est, bureau 900
Toronto (Ontario) M4P 2Y3
Téléphone : 416.481.7397
Télécopieur : 416.481.1381
information@conseilcanadiendelasante.ca
www.conseilcanadiendelasante.ca

Importance du renouvellement des soins de santé :
À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques
Décembre 2007
ISBN 978-1-897463-17-8

Comment citer cette publication

Conseil canadien de la santé (2007). *Importance du renouvellement des soins de santé : À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques*. Toronto : Conseil canadien de la santé. www.conseilcanadiendelasante.ca

Le contenu de cette publication peut être reproduit en tout ou en partie, à des fins non commerciales uniquement et avec le plein consentement du Conseil canadien de la santé.

© 2007, Conseil canadien de la santé

This publication is also available in English.

AU CANADA, PLUS DE NEUF MILLIONS DE CANADIENS, soit un tiers des jeunes et des adultes, ont une ou plusieurs maladies chroniques – des problèmes de santé à long terme comme l’arthrite, le diabète, le cancer et les maladies du cœur. Ces maladies ont des répercussions sur le bien-être et sur la qualité de vie des personnes ainsi atteintes et représentent un fardeau lourd et grandissant pour l’économie et pour le système de soins de santé au Canada.

S O M M A I R E

LA PRÉVENTION ET LA GESTION des maladies chroniques sont la responsabilité de tout le monde. Les maladies chroniques résultent en grande partie de notre façon de vivre. Un petit nombre de facteurs de risque évitables – des choses que nous pourrions changer, comme l'obésité, l'inactivité physique, l'usage du tabac et une mauvaise alimentation – accélèrent l'épidémie actuelle. Des programmes continus et des politiques favorables qui incitent les personnes à réduire ces risques, et d'autres, constituent des investissements judicieux dans l'avenir du Canada. Pour les personnes qui souffrent déjà de maladies chroniques, l'accès à des soins de santé de qualité peut contribuer



à prévenir les complications, à réduire les futurs besoins en services de santé coûteux et à vivre une meilleure qualité de vie.

EN FIN DE COMPTE, LA NATURE ET LE RYTHME des efforts déployés pour mieux promouvoir la santé, la prévention des maladies et les soins pour les maladies chroniques seront déterminés par le public canadien et par son influence sur les représentants politiques élus, à tous les niveaux de gouvernement. Pour parvenir à des progrès significatifs, les Canadiens qui s'intéressent au sujet doivent contribuer à déterminer les priorités, les problèmes et les solutions potentielles. De leur côté, les gouvernements veulent tirer des

« Les maladies chroniques non transmissibles ...doivent de toute urgence mobiliser plus de ressources, de recherches et d'attention ... L'inaction cause des millions de décès prématurés partout dans le monde. »

Grand challenges in chronic non-communicable diseases, *Nature*, 22 novembre 2007

leçons des expériences et des attentes des Canadiens et souhaitent donner la preuve que le renouvellement des soins de santé est sur la bonne voie.

DANS CE RAPPORT, nous nous tournons donc vers les Canadiens atteints de maladies chroniques pour découvrir quelles sont leurs expériences des soins de santé et nous nous mettons à l'écoute des gouvernements pour apprendre quelles activités sont en cours pour prévenir les maladies chroniques et améliorer les soins de santé.

> Nous utilisons des renseignements tirés d'une enquête de Statistique Canada auprès de 133 000 adultes, en 2005, pour voir où en sont l'état



- de santé et les modes de vie des Canadiens et pour comprendre comment ces facteurs influent sur l'utilisation qu'ils font des services de santé.
- > Nous présentons le compte rendu d'une consultation publique que nous avons effectuée cette année auprès d'un groupe diversifié comptant près de 2 000 Canadiens atteints de maladies chroniques, et surtout de diabète.
 - > Nous avons parrainé un sondage téléphonique auprès de quelque 2 200 Canadiens en 2007 afin d'en apprendre plus sur leurs expériences des soins de santé primaires et des soins pour les maladies chroniques, surtout relativement aux priorités du renouvellement des soins de santé au pays.
 - > Partout dans le monde, d'autres pays partagent les problèmes auxquels

« Réduire les risques pour la santé relève de la responsabilité des gouvernements – mais pas seulement des gouvernements. C’est une préoccupation qui reste à juste titre d’une importance vitale pour tout le monde, parmi toutes les populations et pour tous ceux qui sont à leur service. »

D^{re} Gro Harlem Brundtland, directrice générale, Organisation mondiale de la santé, dans Rapport sur la *Santé dans le Monde 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*

le Canada est confronté. Nous avons donc travaillé en collaboration avec diverses organisations pour interroger 3 000 Canadiens et 9 000 adultes vivant dans six autres pays sur leurs expériences du système de soins de santé primaires et de soins pour les maladies chroniques.

> Nous juxtaposons ces constats directs aux promesses gouvernementales d’amélioration et à un aperçu des efforts faits actuellement quant au renouvellement des soins de santé. Nous mettons en relief la stratégie provinciale ActNow BC, qui fait appel à tous les secteurs de gouvernement et qui s’appuie sur des partenariats exhaustifs pour réduire les facteurs de risque des maladies chroniques.



IL EST IMPORTANT de souligner que les résultats de ces études décrivent les expériences vécues par les Canadiens l’an dernier, ou au cours des deux dernières années, mais ne reflètent pas nécessairement les retombées des changements en cours dans le système de soins de santé. Il faudra attendre un certain temps pour constater les répercussions des réformes actuelles sur la santé des Canadiens et donc sur l’utilisation qu’ils font du système de santé. Entre-temps, les résultats de nos études peuvent contribuer à orienter les efforts effectués pour améliorer les soins de santé et peuvent constituer une source de référence pour surveiller la performance de notre système de soins de santé à l’avenir.

RÉSULTATS CLÉS ET PROPOSITIONS DU CONSEIL

La nécessité d'action

Les Canadiens atteints de maladies chroniques nous ont appris ce qui suit :

- › Ils ont une qualité de vie moindre : la moitié des adultes atteints de deux maladies chroniques ou plus indiquent qu'ils ont un handicap modéré ou grave dans leur vie quotidienne.
- › Ils utilisent une partie importante des ressources du système de santé : le tiers des Canadiens atteints d'une ou de plusieurs des sept maladies chroniques à forte incidence et forte prévalence font 67 % de toutes les visites aux infirmières en santé communautaire, 51 % de toutes les visites aux médecins de famille, 55 % de toutes les visites aux spécialistes et passent 72 % des nuits en hôpital.
- › Il y a de graves carences dans leur accès aux soins de santé continus et dans la qualité de leurs soins.
- › Les Canadiens sont en faveur d'investissements publics pour améliorer la santé et pour prévenir les maladies.

L'Organisation mondiale de la santé s'est penchée sur des recherches internationales et a conclu qu'il est possible de renverser rapidement l'impact négatif de nombreux facteurs de risque courants pour les maladies chroniques, la plupart des retombées positives d'un tel changement survenant au cours d'une décennie. L'OMS a aussi souligné que même des changements modestes dans les facteurs de risque peuvent grandement améliorer la santé des populations. Dans notre premier rapport sur les résultats de santé, *Importance du renouvellement des soins de santé : Leçons du diabète*, nous avons passé en revue les preuves actuelles et nous avons déterminé que même de petites améliorations aux soins de santé pour les maladies chroniques peuvent considérablement améliorer la santé et réduire le besoin de soins futurs.

Des mesures d'action relativement simples pourraient radicalement réduire les risques pour la santé et économiser une partie des fonds consacrés à la santé si elles étaient adoptées par beaucoup de monde. Une récente étude effectuée au Canada a montré que si tout le monde réduisait sa consommation de sel de moins d'une cuillerée à thé par jour, on pourrait voir une diminution de 30 % dans les cas d'hypertension (l'une des maladies chroniques les plus prévalentes), soit un million de moins de Canadiens atteints de cette maladie. Les économies directes de coûts – découlant d'une réduction des visites chez le médecin, des examens en laboratoire et des médicaments contre l'hypertension – sont estimées à environ 430 millions de dollars par année.

D'autres recherches canadiennes illustrent le lien important entre les environnements sociaux et physiques et le risque des maladies chroniques. Ainsi, l'obésité tend à être plus courante dans les petites communautés, et le taux de diabète à Toronto est plus élevé dans les quartiers où les gens doivent se déplacer davantage pour acheter des fruits et des légumes frais. Ces circonstances exigent des solutions plus complexes, qui font appel à de multiples secteurs de la société.

(Voir aussi « La nécessité d'action », p. 12)

Promouvoir la santé et prévenir les maladies chroniques

À l'aide d'une norme mondialement reconnue pour permettre aux personnes de mieux contrôler et d'améliorer leur santé – la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé – nous évaluons dans quelle mesure le Canada parvient à :

- › mettre en place des politiques favorables en matière de santé publique;
- › renforcer les mesures d'action communautaires pour promouvoir la santé;
- › créer des environnements sains et favorables à la santé;
- › réorienter les services de soins de santé pour promouvoir la santé et prévenir les maladies.

Au Canada, les gouvernements investissent clairement dans la promotion de la santé et dans la prévention des maladies. Dans bien des cas, les activités font appel à la contribution de partenaires multiples (gouvernementaux et non gouvernementaux) pour que de plus grands bénéfices soient retirés des investissements sociétaux en matière de santé. Une partie des efforts vise les déterminants sociaux

« Il est peut-être nécessaire de dépenser maintenant l'argent utilisé pour soigner les malades car on ne s'est jamais centré sur la prévention... Il faut se souvenir que les soins de santé ne sont pas isolés de tout le reste... Il est temps de considérer le tableau d'ensemble. »

de la santé qui créent les conditions propices aux changements afin d'aider les Canadiens à modifier leur mode de vie pour réduire les risques de maladies chroniques. Les gouvernements pourraient faire davantage pour surveiller les progrès effectués en vue de parvenir aux objectifs de santé du pays, et pour en rendre compte, en déterminant des buts locaux et en indiquant dans quelle mesure ils sont atteints. Faisons-nous des progrès? Sans une surveillance et des comptes rendus plus réguliers de ces activités, il est difficile de répondre à cette question.

Nos investissements sont-ils suffisants? Probablement pas, surtout en comparaison à nos dépenses pour les services aux malades. Nous finançons l'échec (soins aux personnes une fois qu'elles sont tombées malades) et non le succès (prévention des maladies évitables). Rappelons que le total des dépenses en soins de santé était de 141 milliards en 2005, dont 40 milliards sont allés aux hôpitaux et 8,5 milliards à la santé publique. La part du lion des dépenses en soins de santé est consacrée aux personnes atteintes de maladies chroniques. Que se passerait-il si nous finançons plus énergiquement la prévention, en consacrant 40 milliards à la santé publique? Pourrions-nous économiser alors des milliards de dollars en soins de santé, étant donné que plus de Canadiens seraient en bonne santé?

NOS CONSEILS AUX GOUVERNEMENTS

Investir dans le succès, en intensifiant les projets dont on sait qu'ils contribuent à la prévention des maladies chroniques et de leurs complications.

Faire appel à tous les secteurs de gouvernement (c'est-à-dire à tous les ministères) pour mettre à contribution toutes les politiques publiques afin de créer les conditions sociales et environnementales voulues pour que les personnes adoptent des modes de vie plus sains. Créer des partenariats fructueux avec les organismes non gouvernementaux, les administrations locales et l'industrie, pour mobiliser des efforts collectifs et appuyer la santé. Surveiller et mesurer régulièrement les retombées de ces investissements.

NOS CONSEILS AUX CANADIENS

Continuer d'appuyer les investissements publics dans la vie saine.

Assumer la responsabilité de votre santé et de celle de votre famille, mais reconnaître aussi que nous devons faire un changement culturel radical pour ralentir la montée des maladies chroniques au Canada. De nombreux facteurs décident si les personnes peuvent ou non modifier leur mode de vie, et les politiques publiques jouent un rôle décisif dans leurs chances de succès.

Améliorer l'accessibilité et la qualité des soins de santé pour les maladies chroniques

Partant des principes clés sur les soins de santé axés sur les patients, nous évaluons dans quelle mesure le Canada parvient à s'assurer que :

- > les Canadiens ont accès aux soins nécessaires;
- > les patients participent à leurs soins de santé;
- > les soins de santé sont coordonnés;
- > les équipes de soins de santé assurent des soins intégrés et complets;
- > les renseignements sur les soins de santé sont communiqués au public.

La vaste majorité des Canadiens atteints de maladies chroniques ont un médecin habituel, ou un lieu habituel de soins de santé (98 %). Plus de 80 % de ces personnes consultent le même médecin ou vont à la même clinique depuis au moins trois ans, dont 59 % ont le même prestataire de soins depuis plus de sept ans, ce qui indique une bonne continuité des soins de santé.

Mais les soins de santé assurés en équipe, qui peuvent faire une différence en termes de santé pour les personnes atteintes de maladies chroniques, sont loin d'être la norme pour les Canadiens. Seulement 33 % des adultes atteints de maladies chroniques déclarent qu'une infirmière prend régulièrement part à leurs soins. Un pourcentage encore moindre, soit 18 %, disent qu'un autre professionnel de la santé, comme un diététiste, travaille là où ils obtiennent leurs soins continus (mais ils obtiennent peut-être ces services ailleurs). Les résultats sont très similaires pour les Canadiens qui ne souffrent d'aucune des sept maladies chroniques sélectionnées dans nos études.



Trop souvent, il est difficile aux personnes atteintes de maladies chroniques d'obtenir un rendez-vous en temps opportun chez leur médecin habituel ou dans leur clinique habituelle, ce qui entraîne des visites inutiles aux services d'urgence. Le Canada se place aux plus mauvais rangs (avec les États-Unis) parmi un groupe de sept pays pour certains aspects importants de l'accès aux soins de santé. Les personnes atteintes de maladies chroniques :

- › subissent de longues attentes pour recevoir des soins de santé primaires (seulement 36 % des Canadiens pouvaient obtenir un rendez-vous le même jour ou le jour suivant, contre 60 % ou plus des personnes dans cinq des six autres pays);
- › ont beaucoup eu recours aux services d'urgence en hôpital pour toute raison au cours des deux dernières années (45 % des Canadiens, contre 24 à 36 % des personnes dans cinq des six autres pays);
- › ont beaucoup eu recours aux services d'urgence pour des problèmes de santé qui auraient pu être traités par leur médecin habituel (41 % des Canadiens, contre 20 à 32 % des personnes dans quatre des six autres pays).

Ces résultats sont obtenus en dépit du prolongement des heures d'accès aux médecins de famille dans de nombreuses communautés canadiennes et du fait que le Canada est un des leaders internationaux dans la mise en place d'un service téléphonique 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine pour les renseignements et les conseils de santé. D'autres facteurs, notamment l'inefficacité des systèmes d'ordonnancement, jouent probablement sur les longues attentes pour un rendez-vous avec un prestataire de soins primaires. Le Canada a beaucoup à apprendre des autres pays sur les pratiques exemplaires qui peuvent améliorer l'accès en temps opportun à une source habituelle de soins de santé.

En termes d'obstacles financiers aux soins de santé, le Canada se place au milieu des sept pays à l'étude. Toutefois, 10 % des Canadiens atteints de maladies chroniques disent qu'ils ne sont pas allés chercher des médicaments d'ordonnance ou qu'ils ont dû se passer d'une dose de médicaments en raison d'un manque de fonds au cours de l'année passée.

Bien que les Canadiens consultent fréquemment les prestataires de soins de santé à propos de leurs maladies chroniques (au moins quatre fois par an chez un médecin et huit fois par an chez une infirmière, en moyenne), des questions troublantes subsistent quant à la qualité de ces soins – et c'est une source de préoccupation plus grande que le nombre de fois où les patients ont eu accès à un prestataire, et comment.

Nous avons signalé précédemment que trop peu de Canadiens atteints de diabète, maladie prise comme étude de cas, ne recevaient pas les soins recommandés par des experts. À présent, nous avons appris des Canadiens que les soins pour les maladies chroniques au Canada sont loin d'être vraiment axés sur les patients. Les patients qui souffrent de maladies chroniques considèrent généralement que leurs prestataires de soins de santé primaires communiquent bien avec eux (60 à 90 %). Mais trop peu d'entre eux signalent que leurs prestataires de soins considèrent régulièrement leurs valeurs, leurs traditions (55 %) et leurs objectifs (34 %), les font participer aux décisions à propos de leur traitement (50 %), ou leur remettent un plan écrit d'autogestion de leur santé (33 %).

Les rappels faits par les cabinets des médecins pour le suivi des soins de santé (39 %) et l'aiguillage vers des services capables d'aider les patients à adopter des modes de vie plus sains (15 %) restent trop peu courants au Canada, alors qu'ils devraient être la norme pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Même si leur besoin d'aide est plus grand, ces patients ne reçoivent généralement pas plus de conseils et pas plus de soutien de leurs prestataires habituels que les Canadiens sans maladies chroniques au sujet des moyens de changer leurs habitudes personnelles pour améliorer leur santé.

Cependant, la plupart des Canadiens atteints de maladies chroniques (74 %) donnent une note élevée à la qualité générale de leurs soins médicaux habituels. Alors, quelle logique peut-on tirer de cette contradiction apparente? La conclusion à tirer est la suivante : compte tenu de ce que la plupart des personnes savent et attendent des prestataires de soins de santé, les patients sont satisfaits et disent leur confiance au système. Mais on peut aussi en conclure que beaucoup de personnes ne savent pas vraiment encore à quel point les soins de santé pourraient être meilleurs.

« Il faut nous donner les outils et la confiance pour faire le maximum possible pour nous-mêmes, en partenariat avec nos praticiens de la santé. »

NOS CONSEILS AUX GOUVERNEMENTS, AUX DÉCIDEURS DE POLITIQUES EN MATIÈRE DE SANTÉ, AUX GESTIONNAIRES ET AUX PRESTATEURS DE SERVICES

Investir dans des stratégies qui ont donné la preuve qu'elles mènent à une amélioration de la qualité des soins de santé et faire participer les patients à la gestion de leurs propres maladies chroniques.

Pour cela, il faudra opérer un changement et passer d'une culture qui veut « trouver et régler » le problème à une mentalité qui veut le « prévenir, trouver, gérer ». Nous continuons de recommander un nouveau concept de la médecine familiale qui fait place aux équipes, à la technologie et à la formation afin d'apporter les changements nécessaires pour améliorer les soins de santé aux personnes atteintes de maladies chroniques, et en fin de compte pour améliorer les résultats de santé. Partout au pays des efforts ont été entrepris pour réorienter les soins afin d'aider les Canadiens à mieux gérer et prévenir les maladies chroniques. Ce sont là des progrès encourageants, mais malgré des années de pourparlers, nous en sommes encore aux premières étapes d'une réforme terriblement nécessaire.

NOS CONSEILS AUX CANADIENS

Attendre davantage de votre système de soins de santé et de ses responsables.

Autoriser les gouvernements et le secteur de la santé à investir maintenant, et à investir beaucoup, dans des stratégies qui se sont révélées économiques pour améliorer les soins de santé. Le Canada peut traiter les causes de la situation actuelle en ce qui concerne les maladies chroniques – situation qui est loin d'être idéale. Mais pour cela, vous devrez avoir des attentes élevées.

Surveiller les progrès

Sans de meilleures données, les responsables du renouvellement des soins de santé – leaders politiques, décideurs de politiques en matière de santé, gestionnaires et prestataires de soins de santé – travaillent dans le noir. Faute d'une meilleure transparence et de meilleurs comptes rendus publics, les Canadiens ne seront pas bien informés des résultats de ces investissements publics et les gouvernements auront de plus en plus de mal à prendre des décisions éclairées sur les investissements dans le secteur de la santé.

Le Canada a besoin de mettre en place une stratégie de surveillance, ou de suivi de l'information, pour intégrer les données sur nos risques de santé, sur l'environnement où nous vivons, sur notre capacité à obtenir les soins nécessaires, sur la qualité des soins que nous recevons et sur

les résultats de ces soins de santé. Quelques provinces ont réalisé de grands progrès dans l'élaboration de ce type de système d'information, à l'échelle locale. L'Agence de la santé publique du Canada s'est engagée à élaborer un système national de surveillance cohérent et intégré, mais chaque province et territoire aura besoin de ses propres renseignements pour gérer la santé de sa population et son

système de santé.

NOS CONSEILS À TOUS LES GOUVERNEMENTS AU CANADA

Élaborer et utiliser des systèmes pertinents d'information qui facilitent davantage le suivi, la recherche et les comptes rendus au public sur les maladies chroniques et sur les résultats des investissements pour promouvoir la santé et pour améliorer l'accès des Canadiens à des soins de santé de haute qualité pour les maladies chroniques.

Conclusion

Ce document est le second d'une série de rapports dans lesquels le Conseil canadien de la santé étudie les résultats de santé en tant que marqueurs de l'efficacité de notre système de santé et de la nécessité du renouvellement des soins de santé. Ce que nous avons appris des Canadiens montre encore davantage le besoin de mesures d'action immédiates, exhaustives et soutenues, pour promouvoir des modes de vie sains, prévenir les problèmes de santé à long terme et améliorer les soins de santé pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Le renouvellement des soins de santé est d'une importance considérable pour les personnes dont la santé et le bien-être sont en jeu, et ce renouvellement nous concerne tous étant donné que c'est sur nous tous que repose le fardeau d'un échec à faire tout le possible – fardeau qui pèse sur nous à la fois en termes d'économie et de santé. Collectivement, nous pourrions partager les réussites si nous agissions ensemble. Nous savons quoi faire, et comment faire. En tant que sages responsables de la santé publique et des fonds publics, les gouvernements devraient mener et poursuivre des efforts pour aider les Canadiens à avoir la meilleure qualité de vie possible et à prévenir les maladies évitables. Les Canadiens comprennent que, sans ces investissements, nous mettons notre santé future en danger; avec ces investissements, nous contribuons à l'assurer.

Autres documents à consulter à www.conseilcanadiendelasante.ca

- > Suppléments de données :
 - Schémas de population – Maladies chroniques au Canada
 - Soins de santé pour maladies chroniques – Expériences des Canadiens en 2007
- > Renouvellement des soins de santé et soins de santé pour maladies chroniques : Rapport de consultation publique

Autres rapports sur la santé et les résultats de santé publiés par le Conseil canadien de la santé

- > Importance du renouvellement des soins de santé : Leçons du diabète (mars 2007)
- > Leur avenir commence maintenant : Des choix sains pour les enfants et les jeunes (juin 2006)
- > L'état de santé des Premières Nations, des Métis et des Inuits du Canada (juillet 2005)

LA NÉCESSITÉ D'ACTION

Les politiques publiques et les services de santé peuvent beaucoup faire pour arrêter l'augmentation du nombre de maladies chroniques au Canada et pour atténuer les conséquences dévastatrices de ces maladies chez les personnes qui en souffrent. Voici nos 10 raisons principales pour améliorer la promotion de la santé, la prévention des maladies et la gestion des maladies chroniques au Canada.

1 Le fardeau des maladies chroniques sur les Canadiens, sur le système de santé et sur notre économie est terriblement lourd et il se fait toujours plus pesant. Les Canadiens atteints de maladies chroniques utilisent plus de 70 % de toutes les nuitées en hôpital.

2 Un Canadien adulte sur trois, soit près de neuf millions de Canadiens, déclare souffrir d'au moins une des sept maladies chroniques à forte incidence et forte prévalence. Plus d'un tiers d'entre eux ont de multiples problèmes de santé à long terme.

3 De nombreuses personnes atteintes de maladies chroniques souffrent de complications qui font empirer leurs problèmes de santé et qui réduisent leur qualité de vie. La moitié des Canadiens atteints de maladies chroniques multiples disent qu'ils souffrent d'un handicap modéré ou grave dans leur vie quotidienne.

4 De plus en plus de Canadiens sont atteints de maladies chroniques en raison de facteurs de risque grandissants, comme l'obésité.

5 Les maladies chroniques sont plus courantes chez les Canadiens âgés (77 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont au moins une maladie chronique), parmi certains groupes ethniques et parmi les gens à faible revenu. Mais elles sévissent, quel que soit l'âge et quelles que soient les circonstances.

6 Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), au moins un tiers du fardeau économique et social global des maladies dans les pays industrialisés provient d'un petit nombre de risques en grande partie évitables : tabac, alcool, hypertension, taux de cholestérol élevé et obésité.

7 L'OMS a déterminé que la plupart des avantages d'une réduction de ces facteurs de risque surviendront au cours d'une décennie et que même de modestes changements dans les facteurs de risque peuvent grandement améliorer la santé des populations. De modestes changements du mode de vie, comme une perte de poids de quatre kilogrammes sur une période de trois à six ans, peuvent considérablement retarder ou prévenir le déclenchement de maladies comme le diabète chez les populations à haut risque.

8 La qualité des soins de santé pour les maladies chroniques au Canada pourrait grandement être améliorée : moins de la moitié des Canadiens atteints de diabète, par exemple, obtiennent tous les examens en laboratoire et toutes les procédures médicales recommandés par les experts pour prévenir les complications résultant de cette maladie.

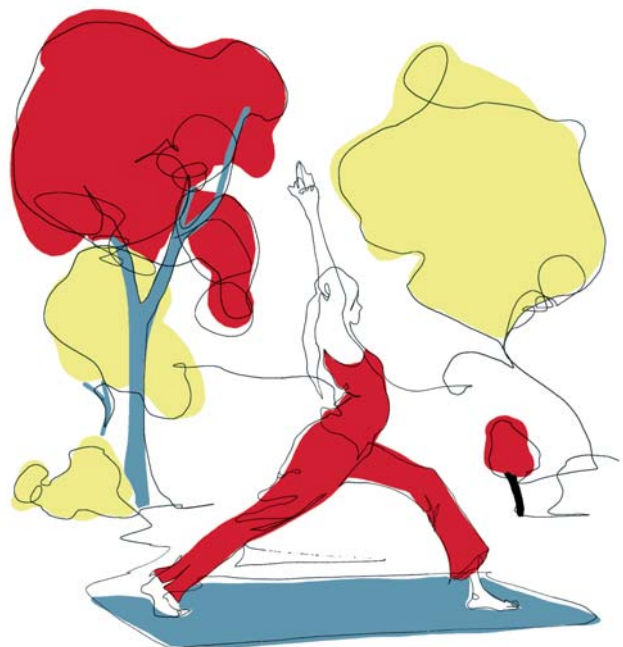
9 L'utilisation insuffisante, excessive ou inappropriée des médicaments reste une source de préoccupations constantes et les habitudes de prescription peuvent beaucoup varier au pays. Ainsi, trop peu de gens atteints du diabète se voient prescrire des médicaments efficaces pour prévenir les problèmes cardio-vasculaires et plus de la moitié des diabétiques ont des problèmes cardiaques.

10 Investir dans la prévention paie – par une réduction du coût des soins de santé et par une amélioration de la santé de la population.



1

POURQUOI FAIRE UN RAPPORT
SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DES CANADIENS
ET SUR LES RÉSULTATS DE SANTÉ?



Lorsqu'ils ont défini le rôle du Conseil canadien de la santé, les premiers ministres du Canada lui ont confié la tâche de faire rapport sur l'état de santé des Canadiens et sur les résultats de nos soins de santé. Sur les normes mondiales, les Canadiens sont en assez bonne santé. Alors pourquoi concentrer nos efforts sur les résultats de santé, et pourquoi le faire maintenant? Parce que les résultats de santé sont des marqueurs de l'efficacité de notre système de santé et de la nécessité du renouvellement des soins de santé. Apporter des changements à notre système de santé peut changer nos résultats de santé. Il en va de même pour les changements de politiques publiques qui influencent les autres déterminants de la santé.

Dans la lignée de notre rapport de mars 2007, *Importance du renouvellement des soins de santé : Leçons du diabète*, nous poursuivons de centrer nos efforts sur le défi urgent que posent les maladies chroniques – problèmes de santé à long terme qui touchent plus d'un Canadien sur trois et qui ont des retombées considérables sur les services de santé et sur la qualité de vie de la population.

Dans ce rapport :

- > nous montrons la nécessité d'action – action immédiate, complète et soutenue – pour promouvoir une vie saine et prévenir les problèmes de santé évitables ainsi que les coûts inutiles de soins de santé;
- > nous nous tournons vers les Canadiens atteints de maladies chroniques pour voir quelles leçons tirer des expériences qu'ils vivent quant aux soins de santé;
- > nous nous tournons vers les gouvernements pour apprendre ce que les décideurs de politiques, les prestataires de services de santé et les autres intervenants font au Canada en 2007 pour améliorer les soins de santé et prévenir les maladies chroniques;
- > nous résumons les preuves données dans les recherches sur les moyens de promouvoir la santé et de prévenir les maladies, et d'aider les personnes atteintes de maladies chroniques à avoir la meilleure qualité de vie possible.

Munis de toutes ces recherches, nous partageons avec le public les constats qui en ressortent sur le progrès du renouvellement des soins de santé au Canada – et en particulier sur le progrès réalisé en vue de respecter les engagements pris par les premiers ministres pour améliorer la santé de la population et les soins de santé. Nous offrons le point de vue du Conseil canadien de la santé sur ce qui contribue et sur ce qui nuit au progrès vers de meilleurs résultats de santé pour les Canadiens.

Nous espérons que ce rapport sera utile aux gouvernements, aux organisations non gouvernementales, à l'industrie et surtout aux Canadiens. Nous voulons aider les Canadiens à mieux comprendre les avantages d'investir en vue de combler l'écart entre ce que nous savons et ce que nous faisons pour prévenir les maladies chroniques et pour assurer des soins aux personnes qui en souffrent.

Que sont les résultats de santé?

Les résultats de santé sont une mesure de l'efficacité de notre système de soins de santé et des répercussions des politiques publiques qui influencent la santé de la population. Les résultats de santé reflètent les services, les programmes, les politiques et les comportements personnels qui influencent notre santé et notre bien-être.

Qu'entend-on par qualité des soins?

La *qualité des soins de santé*, c'est faire ce qu'il faut, quand il le faut, comme il le faut, pour la personne qui en a besoin. Elle peut se mesurer de plusieurs façons, par exemple :

- > Quelles expériences des soins de santé les patients vivent-ils?
- > Les soins correspondent-ils aux directives recommandées par les experts?
- > Les soins sont-ils coordonnés, sûrs et efficaces?
- > Les soins contribuent-ils à prévenir les problèmes de santé évitables?

Que sont les maladies chroniques?

Les maladies chroniques apparaissent lentement en général, elles durent longtemps et sont le plus souvent incurables. Une maladie chronique peut considérablement réduire la capacité de la personne qui en souffre à travailler, à faire des études ou à veiller à ses besoins quotidiens.

Dans ce rapport, nous nous concentrons principalement sur sept maladies chroniques sélectionnées parce qu'elles sévissent parmi un grand nombre de personnes et parce qu'elles ont de grandes répercussions sur notre utilisation du système de santé et sur notre qualité de vie. Ces sept maladies sont les suivantes :

- > arthrite
- > cancer
- > maladie pulmonaire obstructive chronique
- > diabète
- > maladies du cœur
- > hypertension
- > troubles de l'humeur.

2

POURQUOI SE PRÉOCCUPER
DES MALADIES CHRONIQUES?
LA NÉCESSITÉ D'ACTION



Selon les normes internationales¹, les Canadiens sont en assez bonne santé, mais les maladies chroniques – par exemple le diabète et l’hypertension – sont en recrudescence. Bien que les maladies chroniques soient plus courantes parmi les populations vulnérables, elles sévissent dans tous les groupes d’âge, toutes les catégories de revenu et toutes les circonstances. Comme la plupart des personnes âgées souffrent de maladies chroniques, le fardeau social et économique que constituent ces maladies s’alourdit avec le vieillissement de la population.

Nous pouvons changer ce scénario – si nous agissons dès maintenant. Bien que certaines maladies chroniques soient liées à des facteurs héréditaires, beaucoup d’entre elles et de leurs complications résultent de nos modes de vie. Les politiques publiques et les programmes de soins de santé conçus pour promouvoir des modes de vie sains et pour améliorer l’environnement où nous vivons, où nous travaillons et où nous nous divertissons peuvent contribuer à prévenir ces maladies et à réduire leur fardeau pour nos familles et nos communautés.

La nécessité d’action ressort des facteurs suivants :

- › Les maladies chroniques sont en recrudescence; elles frappent maintenant au moins un Canadien sur trois – soit plus de neuf millions de personnes. Un tiers d’entre elles ont de multiples problèmes de santé à long terme.
- › Les maladies chroniques menacent la longévité des Canadiens et leur qualité de vie.

- › Les maladies chroniques constituent un fardeau lourd et toujours plus pesant, à la fois pour les soins de santé et pour l’économie au Canada.
- › Un petit nombre de risques évitables, eux aussi de plus en plus courants, sont en grande partie la cause du fardeau des maladies chroniques. Des mesures de prévention prises maintenant peuvent garantir une meilleure santé de la population canadienne et un meilleur avenir de notre système.

Pour justifier la nécessité d’agir, nous avons recueilli des preuves de recherches et nous avons analysé des données recueillies par Statistique Canada lors d’entrevues avec presque 133 000 Canadiens en 2005². Pour plus de détails sur l’enquête et pour en savoir plus sur ce que nous avons appris des Canadiens atteints de maladies chroniques ou non, voir notre supplément de données *Schémas de population – Maladies chroniques au Canada*, qui complète ce rapport et que l’on peut consulter en ligne à www.conseilcanadiendelasante.ca.

« Il faut être aisé pour être diabétique. Le diabète est un club d’élite et le prix de l’adhésion est élevé... Inutile pour les travailleurs à faible revenu de poser leur candidature. »

Consultation publique du Conseil canadien de la santé sur le renouvellement des soins de santé et les maladies chroniques, printemps 2007

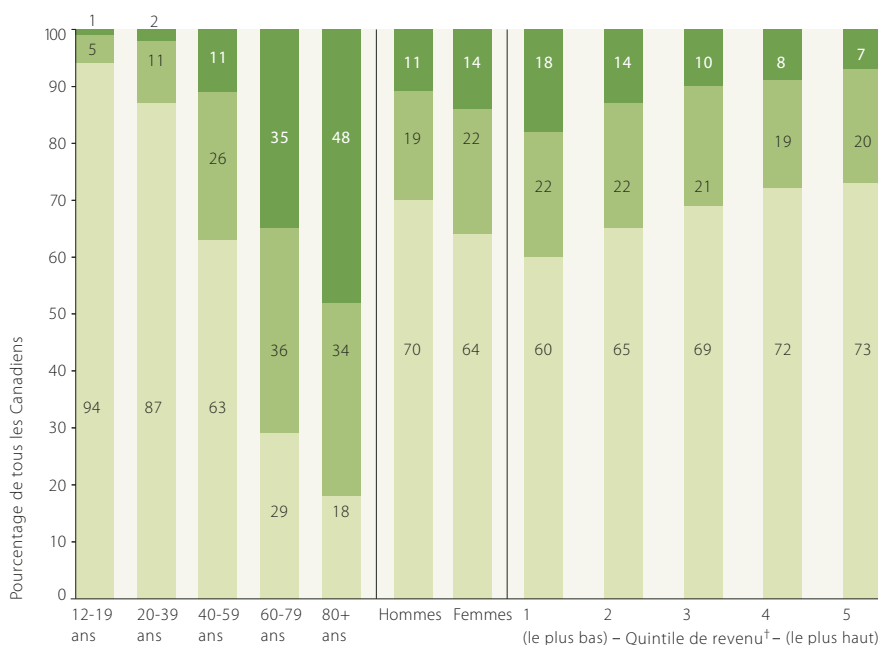


FIGURE 1
Les maladies chroniques* sont plus courantes chez les personnes plus âgées, les femmes et les Canadiens à faible revenu

■ Pas de maladies sélectionnées*
■ 1 maladie sélectionnée*
■ 2 ou plusieurs maladies sélectionnées*

Le graphique montre la prévalence brute pour les personnes âgées de 12 ans et plus. Les données sur le revenu ne sont pas ajustées pour les différences d’âge ou de sexe. Les totaux peuvent ne pas être de 100 % en raison de l’arrondissement.

* Les maladies chroniques sélectionnées comprennent l’arthrite, le cancer, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète, les maladies du cœur, l’hypertension et les troubles de l’humeur.

† Les quintiles de revenu divisent l’ensemble de la population canadienne en cinq groupes de grandeur égale, en fonction du revenu familial. Les personnes du quintile 1 ont les plus bas revenus. Les personnes du quintile 5 ont les plus hauts revenus.

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 3.1), 2005.

Les maladies chroniques sont en recrudescence et frappent actuellement au moins un Canadien sur trois – soit plus de neuf millions de personnes. Un tiers d'entre elles ont de multiples problèmes de santé à long terme.

Bien que la prévalence de certaines maladies chroniques reste stable, ou soit en baisse, elle est en hausse pour d'autres maladies chroniques. Ainsi, en 2005, presque 5 % de la population âgée de 12 ans et plus (1,3 million de Canadiens) souffraient de diabète, contre environ 3 % (722 000 Canadiens) il y a une décennie. De même, presque 15 % d'entre nous (4,1 millions de Canadiens) faisaient de l'hypertension en 2005, contre presque 9 % (2,1 millions de Canadiens) dans les années 1990³.

Neuf millions de Canadiens – soit environ un Canadien sur trois parmi les jeunes et les adultes âgés de 12 ans et plus – déclarent qu'un professionnel de la santé a diagnostiqué chez eux au moins une des sept maladies chroniques à forte incidence et à forte prévalence : arthrite, diabète, cancer, maladie pulmonaire obstructive chronique, maladies du cœur, hypertension et troubles de l'humeur. Ces maladies chroniques sélectionnées sont beaucoup plus courantes parmi les Canadiens à faible revenu, les femmes et les personnes âgées (Figure 1). Certains groupes ethniques sont eux aussi touchés de manière disproportionnée par ces maladies. Ainsi, le taux de diabète est quatre fois plus élevé chez les adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves que parmi les autres Canadiens, et cet écart s'accroît. Les peuples des Premières Nations sont également plus portés à souffrir de complications liées au diabète, par exemple de devoir subir des amputations ou de souffrir de maladies des reins⁴.

Plus d'un tiers des personnes atteintes de maladies chroniques signalent aussi qu'elles souffrent de multiples problèmes de santé à long terme et que certains problèmes tendent à se conjuguer. Ainsi, plus de la moitié des personnes atteintes d'arthrite ou d'hypertension, et trois quarts des personnes souffrant de maladies du cœur ou de diabète, ont d'autres maladies sélectionnées. Les services de santé doivent être conçus pour faire face à ces schémas de maladies chroniques multiples quand les patients cherchent à obtenir des soins (Figure 2).

Les maladies chroniques menacent la longévité des Canadiens et leur qualité de vie.

Les maladies chroniques peuvent avoir des effets profonds sur le bien-être des personnes qui en souffrent et sur leur capacité à continuer de travailler, de vaquer à leurs occupations quotidiennes à la maison et de faire des activités récréatives. Bien évidemment, plus une personne souffre de problèmes de santé à long terme, plus son état de santé empire et plus son incapacité augmente. Nous avons noté que plus d'un tiers des personnes atteintes d'une maladie chronique disent souffrir d'une incapacité modérée ou grave (36 %), tandis que la moitié de celles qui étaient atteintes de deux maladies chroniques ou plus disaient avoir une incapacité modérée ou grave (51 %). Les personnes qui ne souffraient d'aucune des maladies sélectionnées disaient avoir la meilleure qualité de vie et ne signalaient aucune incapacité ou seulement une incapacité légère (Figure 3).

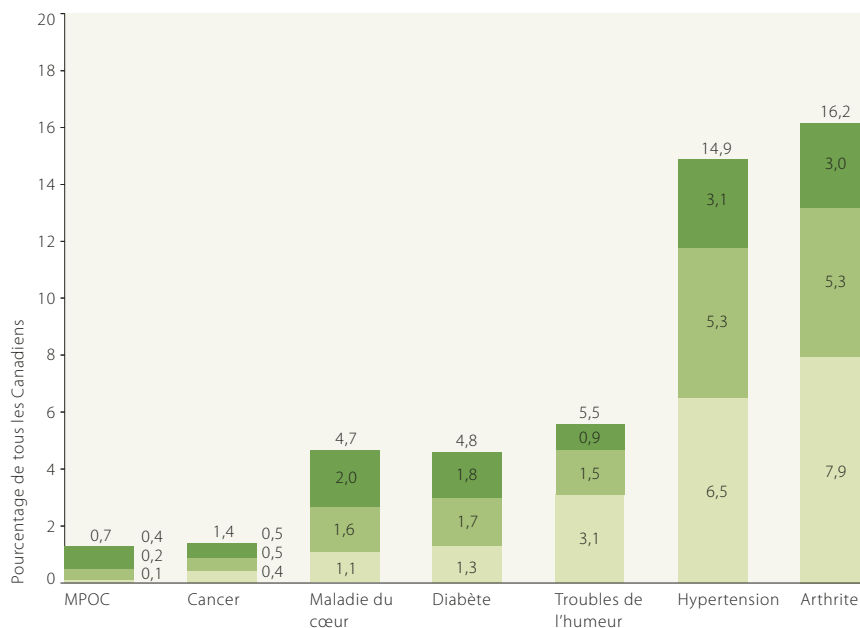


FIGURE 2
L'arthrite et l'hypertension sont des maladies chroniques courantes*

- 1 maladie chronique sélectionnée*
- 2 maladies chroniques sélectionnées*
- 3 maladies chroniques sélectionnées ou plus*

* Les maladies chroniques sélectionnées comprennent l'arthrite, le cancer, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète, les maladies du cœur, l'hypertension et les troubles de l'humeur.

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 3.1), 2005.

Certaines maladies chroniques, comme le cancer et les maladies du cœur, tendent à réduire la longévité, tandis que d'autres, comme les troubles de l'humeur, tendent davantage à réduire la qualité de vie. Si l'un de nos buts est « d'ajouter des années à nos vies, et de la vie à nos années », comme l'ont dit les auteurs d'une étude canadienne, nous devrions viser grand et orienter nos efforts à la fois sur l'amélioration de la longévité et de la qualité de la vie⁵.

Les maladies chroniques constituent un fardeau important, et grandissant, pour les soins de santé et pour l'économie au Canada.

Les personnes atteintes de maladies chroniques utilisent davantage les services de soins de santé que celles qui n'en ont pas, et plus le nombre de maladies chroniques dont souffre une personne est grand, plus cette personne a besoin de services de santé (Figures 4 et 5).

Par rapport aux Canadiens sans maladie chronique sélectionnée, les personnes atteintes de trois maladies chroniques sélectionnées ou plus :

- > consultent deux fois plus un médecin de famille, 1,5 fois plus des spécialistes ou d'autres médecins, et quatre fois plus des infirmières (consultations en dehors des nuits passées à l'hôpital par les patients);
- > sont 11 fois plus susceptibles de recevoir des soins de santé à domicile;
- > sont quatre fois plus susceptibles de passer une nuit à l'hôpital;
- > passent trois fois plus de nuits à l'hôpital.

Un petit nombre de risques évitables, eux aussi de plus en plus courants, sont la cause de la plus grande partie du fardeau des maladies chroniques.

Un certain nombre de maladies chroniques ont des facteurs de risque communs, ce qui explique pourquoi tant de personnes ont de multiples problèmes de santé à long terme. L'usage du tabac, la consommation d'alcool, l'hypertension, un taux élevé de cholestérol et l'obésité sont les principaux coupables. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), au moins un tiers du « fardeau des maladies » dans les pays industrialisés est causé par ces cinq facteurs de risque⁶.

Depuis quelques décennies, les facteurs de risque sont vivement en hausse au Canada parmi les jeunes et parmi les personnes âgées, ce qui porte à croire que les adultes d'aujourd'hui pourraient être la première génération dans l'histoire à souffrir de problèmes de santé, comme les maladies du cœur ou les accidents vasculaires cérébraux, à un plus jeune âge que les générations précédentes⁷. L'obésité chez les enfants en Amérique du Nord mène à une apparition précoce des maladies chroniques et accroît les probabilités de vivre plus d'années en mauvaise santé⁸. Comme nous l'avons expliqué dans *Importance du renouvellement des soins de santé : Leçons du diabète*, les taux de maladies chroniques et de leurs facteurs de risque sont élevés et varient quelque peu selon les régions du Canada. Par exemple :

- > Près de 60 % des adultes et plus d'un enfant sur quatre au Canada font de l'obésité ou ont un surpoids; l'obésité est en recrudescence dans toutes les provinces depuis les 20 dernières années.
- > Près de la moitié des Canadiens (40 à 55 % des adultes dans les provinces et les territoires) ne sont pas suffisamment actifs pour rester en bonne santé⁴.

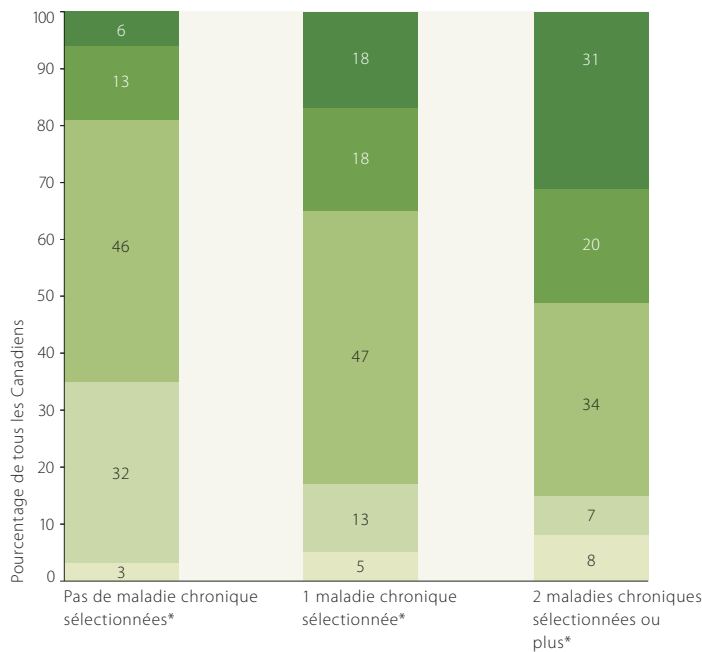


FIGURE 3
Les Canadiens atteints de maladies chroniques sélectionnées* sont en moins bonne santé et souffrent plus de handicaps

- Handicap grave
- Handicap moyen
- Handicap léger
- Pas de handicap
- Réponse manquante

La classification des handicaps repose sur les catégories du Health Utilities Index (HUI), conçu par Feeny et coll. 2004.⁹ « Pas de handicap » fait référence aux personnes avec un HUI de 1,00; les personnes avec un HUI de 0,89 à 0,99 sont regroupées sous « handicap léger »; celles avec un HUI de 0,70 à 0,88 sont regroupées sous « handicap moyen », tandis que celles avec un HUI inférieur à 0,70 sont regroupées sous « handicap grave ». « Réponse manquante » inclut « Je ne sais pas », ainsi que les refus et les non déclarations.

* Les maladies chroniques sélectionnées comprennent les maladies suivantes : arthrite, cancer, maladie pulmonaire obstructive chronique, diabète, maladie du cœur, hypertension et troubles de l'humeur.

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 3.1), 2005.

19

Les communautés où les taux de maladies chroniques sont élevés devraient pouvoir les réduire, comme d'autres communautés l'ont fait. Une étude montrant que les habitants du Canada atlantique ont le plus de facteurs de risque pour les maladies du cœur, tandis que les habitants des provinces de l'Ouest en ont le moins⁹, a également conclu que près de la moitié des différences régionales dans le nombre de décès causés par des maladies du cœur pouvaient s'expliquer par des différences régionales dans les facteurs de risque (p. ex., tabac, obésité, diabète et hypertension), dans les déterminants sociaux de la santé (p. ex., niveau d'éducation postsecondaire et taux de chômage) et par des caractéristiques communautaires (p. ex., densité démographique et composition ethnique)¹⁰.

L'environnement physique et le milieu social comptent parmi les autres facteurs qui peuvent expliquer les différences d'état de santé de la population dans les différentes régions du Canada. Ainsi, on constate un rapport inverse entre l'obésité de la population et la grandeur de la communauté de résidence. Les Canadiens adultes qui habitent dans les villes sont moins obèses (20 %) que la moyenne nationale (24 %) et beaucoup moins que ceux qui vivent en dehors des zones urbaines (29 %). Cet écart s'explique peut-être en partie par la possibilité et par la volonté qu'ont les personnes de marcher davantage dans les villes densément peuplées, où il leur est plus facile de se déplacer sans véhicule motorisé¹¹. À Toronto, le taux de diabète est plus élevé dans les banlieues proches où les gens se déplacent davantage en voiture et doivent faire de plus grandes distances pour aller faire des courses d'épicerie¹².

Une grande partie du fardeau des maladies* dans les pays industrialisés peut être attribuée à 7 facteurs de risque

% du fardeau des maladies* lié aux facteurs de risque

Usage du tabac	12 %
Hypertension	11 %
Consommation d'alcool	9 %
Taux élevé de cholestérol	8 %
Obésité	7 %
Consommation insuffisante de fruits et légumes	4 %
Inactivité physique	3 %

* Fardeau des maladies désigne le coût global des soins de santé, les coûts sociaux dus aux décès précoces ainsi que la réduction de la qualité de vie causée par des problèmes de santé. L'OMS se sert d'une mesure appelée *année de vie corrigée du facteur invalidité (AVCI)* pour représenter ce coût pour la santé et l'économie. Une AVCI est égale à la perte d'une année de vie saine. Par exemple, une personne qui vit jusqu'à 70 ans mais qui a subi un accident vasculaire cérébral incapacitant à 65 ans, a perdu cinq AVCI.

Source : Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève : Suisse. www.who.int/whr/2002/fr/

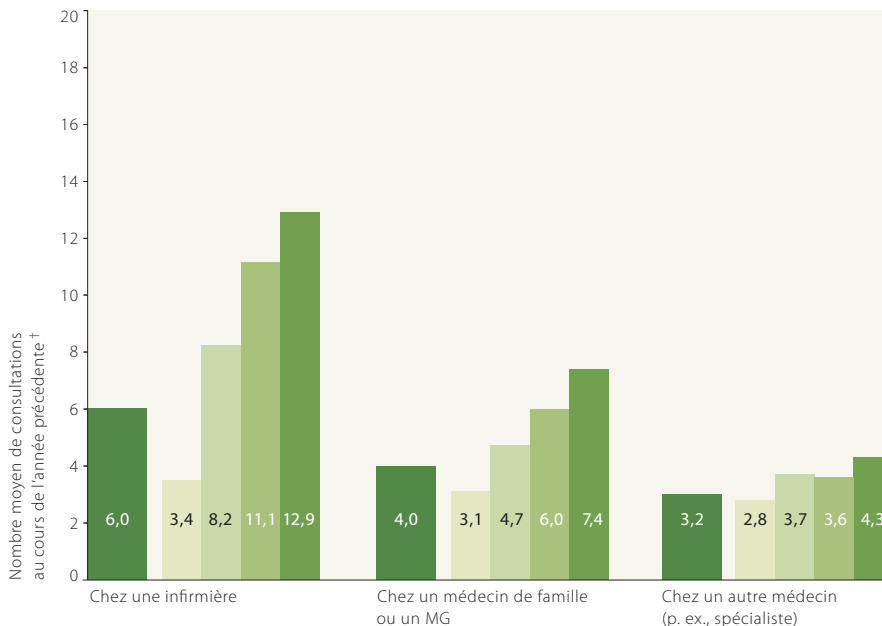


FIGURE 4
Les personnes atteintes de 3 maladies chroniques ou plus* consultent plus souvent des infirmières et des médecins

- Tous les Canadiens
- Pas de maladie chronique sélectionnée*
- 1 maladie chronique sélectionnée*
- 2 maladies chroniques sélectionnées*
- 3 maladies chroniques sélectionnées ou plus*

* Les maladies chroniques sélectionnées comprennent les maladies suivantes : arthrite, cancer, maladie pulmonaire obstructive chronique, diabète, maladie du cœur, hypertension et troubles de l'humeur.

† Consultations pour toute raison ou pour tout diagnostic. Sont exclues les consultations durant les nuits passées à l'hôpital.

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 3.1), 2005

Des mesures préventives d'action prises maintenant peuvent assurer une meilleure santé de la population canadienne et un avenir plus durable pour notre système de santé.

Il existe d'excellentes possibilités de réduire le fardeau des maladies chroniques. Selon l'OMS, nous pourrions éviter 90 % du diabète de type 2, 80 % des accidents vasculaires cérébraux et un tiers des cancers dans le monde, si nous avions tous une alimentation plus saine (moins de sel, de sucre et de graisses; plus de fruits et de légumes), si nous faisons plus d'activité physique et si nous cessons de fumer¹³. Après avoir fait la synthèse des recherches internationales, l'OMS a conclu que les pays industrialisés pourraient gagner cinq ans de saine longévité s'ils parvenaient mieux à prévenir les maladies chroniques. Pour de nombreux facteurs de risque des maladies chroniques, les répercussions négatives peuvent être rapidement inversées – la plus grande partie des avantages se manifestant en une décennie. Même des changements modestes des facteurs de risque peuvent grandement améliorer la santé de la population⁶.

Des études menées au Canada ont évalué dans quelle mesure la réduction des facteurs de risque peut prévenir les maladies chroniques, réduire la demande de soins de santé et économiser de l'argent. Par exemple, si tout le monde réduisait sa consommation moyenne de sel de moins d'une cuillerée à thé par jour (1,840 mg de sodium), il pourrait y avoir une diminution de 30 % des cas d'hypertension au Canada, soit un million de moins de Canadiens souffrant de ce problème de santé. Les économies directes de coûts – provenant d'une réduction des visites chez le médecin, des

examens en laboratoire et des médicaments – sont estimées à environ 430 millions de dollars par an¹⁴. Des programmes axés sur les personnes à haut risque et sur d'importants groupes de population ont montré que réduire la consommation de sel est un moyen économique de réduire l'hypertension. Cela dit, l'OMS recommande qu'on s'attaque à toute la gamme des facteurs de risque associés aux maladies chroniques⁶.

Dans notre rapport *Importance du renouvellement des soins de santé : Leçons du diabète*, nous avons montré que les complications du diabète, qui touchent actuellement environ 40 % des diabétiques¹⁵, peuvent être évitées par une bonne gestion du taux de glycémie, du taux de cholestérol, de la tension artérielle et du poids¹⁶. Même de modestes réductions du taux de glycémie (réduction de 1 %) ont entraîné une réduction de 37 % des risques de dommages aux vaisseaux sanguins (qui causent des problèmes comme les maladies des reins et les troubles de la vue), une réduction de 14 % des accidents vasculaires cérébraux et une réduction de 21 % des décès causés par le diabète¹⁷.

Autres résultats d'enquête...

Schémas de population – Maladies chroniques au Canada :

Supplément de données

www.conseilcanadiendelasante.ca

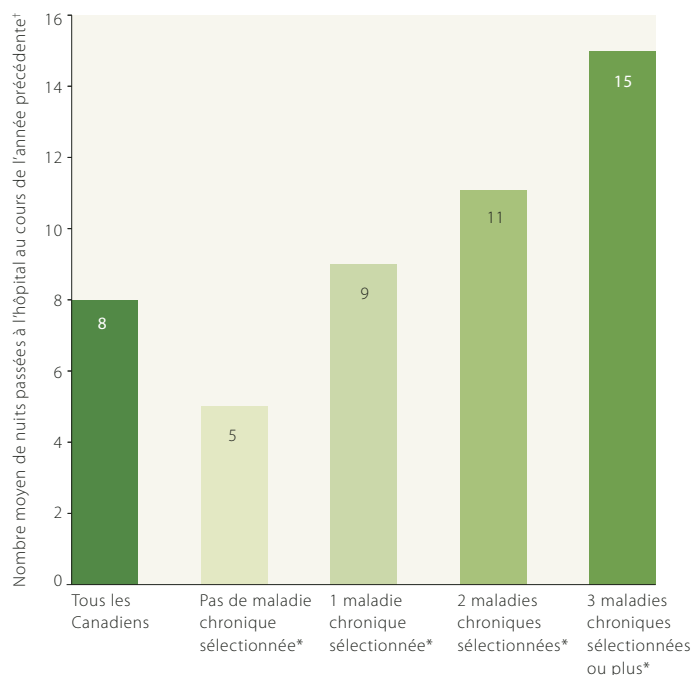


FIGURE 5

Les Canadiens atteints de trois maladies chroniques sélectionnées ou plus* passent beaucoup plus de nuits à l'hôpital

- Tous les Canadiens
- Pas de maladie chronique sélectionnée*
- 1 maladie chronique*
- 2 maladies chroniques*
- 3 maladies chroniques ou plus*

Remarque : Résultats non normalisés pour les différences d'âge et de sexe au sein de la population.*

* Les maladies chroniques sélectionnées comprennent l'arthrite, le cancer, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète, les maladies du cœur, l'hypertension et les troubles de l'humeur.

† Séjours en hôpital pour toute raison ou tout diagnostic.

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 3.1), 2005.

Les politiques publiques et les soins de santé peuvent beaucoup contribuer à mettre un terme à la recrudescence des maladies chroniques au Canada et pour réduire les effets dévastateurs de ces maladies chez ceux qui en sont atteints. Des campagnes soutenues, bien orchestrées et bien ciblées, peuvent être un moyen économique d'informer les consommateurs des bienfaits d'une saine nutrition, changer leurs attitudes envers l'alimentation et leurs habitudes de consommation alimentaire^{6, 18}. De telles interventions s'avèrent particulièrement fructueuses quand elles s'adressent aux personnes à haut risque de maladies chroniques¹⁹.

ActNow BC, projet entrepris à l'échelle de la province par la Colombie-Britannique, part de la preuve que les politiques publiques peuvent mener à un meilleur état de santé de la population et réduire le besoin de soins de santé. En 2004, l'agent de santé publique provincial de la Colombie-Britannique a théoriquement évalué la réduction de ces coûts si l'incidence du diabète diminuait de 25 % ou de 50 % sur 10 années²⁰. Les résultats potentiels s'appuyaient sur une étude dont on a beaucoup parlé, qui portait sur les changements d'habitudes alimentaires et d'activités physiques²¹, et les économies potentielles pour le système de soins de santé ont été évaluées à 100 ou 200 millions de dollars par année (Figure 6). Cette recherche et d'autres études qui ont démontré la rentabilité des programmes faits pour aider les gens à modifier leur mode de vie afin de réduire les risques de diabète ont influé sur la décision qu'à prise le gouvernement d'instaurer ActNow BC (www.actnowbc.ca). Bien qu'un programme de l'envergure d'ActNow BC puisse ne pas atteindre les mêmes résultats

qu'un essai clinique, on s'attend à ce que cette initiative ait des retombées positives sur l'incidence de diabète et d'autres maladies chroniques. En amenant la population à adopter des modes de vie plus sains, un programme réussi pourrait avoir des avantages encore plus grands en termes de qualité de vie de la population et d'économies pour le système de santé. Nous présentons le programme ActNow BC au Chapitre 3.

L'organisation et la prestation des soins de santé peuvent aussi contribuer à retarder ou à prévenir les maladies chroniques et à réduire les risques de complications. Dans notre rapport *Importance du renouvellement des soins de santé : Leçons du diabète*, nous citons la preuve que quand les Canadiens diabétiques obtiennent les examens de laboratoire et les procédures médicales recommandés, ils sont moins susceptibles d'être admis à l'hôpital et le coût total de leurs soins hospitaliers et de leurs consultations médicales est inférieur à celui des patients qui ne bénéficient pas des soins recommandés²². Comme nous le montrerons plus loin dans ce rapport, les preuves qui ressortent des recherches et des expériences soulignent la nécessité d'action : prévenir et gérer les maladies chroniques est l'affaire de tout le monde. Des stratégies soutenues et coordonnées pour aider les Canadiens à rester en santé peuvent donner – et donnent – de bons résultats. De tels investissements mènent à des dividendes, à la fois en termes très humains et en termes d'économies réelles pour la société.

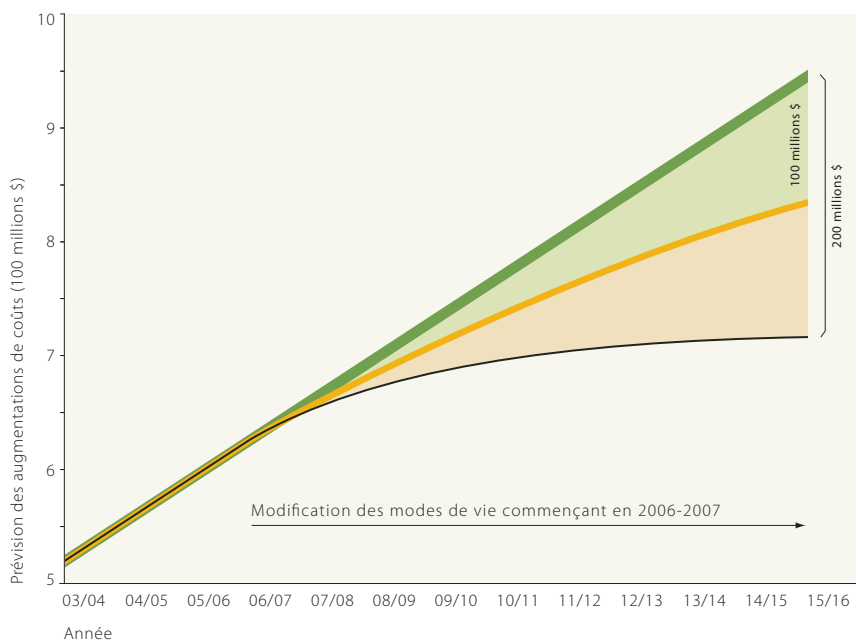


FIGURE 6
Les changements de modes de vie peuvent-ils réduire les coûts des services de santé?

Prévisions des coûts de services de santé pour les personnes atteintes de diabète, avec mise en œuvre d'un programme de modification des modes de vie, Colombie-Britannique, 2002-2003 à 2015-2016

- Prévisions des coûts sans réduction d'incidence
- Prévisions des coûts avec une réduction d'incidence de 25 % grâce au programme de modification des modes de vie
- Prévisions des coûts avec une réduction d'incidence de 50 % grâce au programme de modification des modes de vie

Source : Rapport annuel 2004 de l'agent provincial de santé. *The Impact of Diabetes on the Health and Well-Being of People in British Columbia*. Reproduction avec l'autorisation du ministère de la Santé de la C. B.

Pour cette analyse, les estimations résultantes ont été calquées sur une étude à haute visibilité qui comprenait une intervention au niveau de l'alimentation et de l'activité physique pour les non-diabétiques à risque de diabète²³. Soulignons que les résultats d'une piste clinique précise ne peuvent pas nécessairement être obtenus pour l'ensemble de la population, mais qu'ils peuvent faciliter l'élaboration des objectifs pour une stratégie de prévention applicable à toute la population.

Références

- 1 Nations Unites. (2006). Rapport mondial sur le développement humain 2006 : Fiches documentaires sur les pays – Canada. [page Web] [page Web] http://hdrstats.undp.org/countries/country_fact_sheets/cty_fs_CAN.html.
- 2 Statistique Canada. (2005). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Cycle 3.1. www.statcan.ca.
- 3 Statistique Canada. Enquêtes nationales sur la santé de la population (1994-1995, 1996-1997, 1998-1999) et Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001, 2003, 2005). www.statcan.ca.
- 4 Conseil canadien de la santé. (2007). *Importance du renouvellement des soins de santé : Leçons du diabète*. Toronto : Conseil canadien de la santé. www.conseilcanadiendelasante.ca.
- 5 Manuel D et Shultz S. 2001. *Adding years to life and life to years: Life and health expectancy in Ontario*. Research Atlas. Toronto : Institute for Clinical Evaluative Sciences. www.ices.on.ca.
- 6 Organisation mondiale de la Santé. (2002). Rapport sur la santé dans le monde 2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève : OMS. www.who.org.
- 7 Fondation des maladies du cœur. (2006). Bulletin de santé 2006 – Est-on septuagénaire dix ans avant l'heure? www.heartandstroke.ca.
- 8 Olshansky S, Passaro DJ, Hershov RC et coll. (2005). A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. *New England Journal of Medicine*; 353(11):1138-1145.
- 9 Tanuseputro P, Manuel DG, Leung M et coll. (2006). Risk factors for cardiovascular disease in Canada. Dans : Tu JV, Ghali WA, Pilote L, Brien S [éditeurs]. CCORT Canadian Cardiovascular Atlas. Pulsus Group Inc et Institute for Clinical Evaluative Sciences: 30-40.
- 10 Filate WA, Johansen HL, Kennedy CC, Tu JV. (2006). Regional variations in cardiovascular mortality in Canada. Dans : Tu JV, Ghali WA, Pilote L, Brien S [éditeurs]. CCORT Canadian Cardiovascular Atlas. Pulsus Group Inc and Institute for Clinical Evaluative Sciences: 41-48.
- 11 Shields M et Tjepkema M. (2006). Regional differences in obesity. *Health Reports*; 17(3): 61-67.
- 12 Glazier RH, Booth GL, Creatore MI, Tynan A [éditeurs]. (2007). *Neighbourhood Environments and Resources for Healthy Living-A Focus on Diabetes in Toronto: ICES Atlas*. Toronto : Institute for Clinical Evaluative Sciences. www.ices.on.ca.
- 13 Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Facteurs de risques des maladies chroniques : Aide-mémoire sur les maladies chroniques. [pages Web, pas de date]. www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/.
- 14 Joffres M, Campbell N, Manns B, Tu K. (2007). Estimate of the benefits of a population-based reduction in dietary sodium additives on hypertension and its related health care costs in Canada. *Canadian Journal of Cardiology*; 23(6): 437-443.
- 15 Agence de la santé publique du Canada (2003). Le diabète - Faits et Chiffres. [page Web]. www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/diabetes-diabete/français/faits/index.html.
- 16 The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. (1993). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine*; 329(14): 977-986.
- 17 Stratton IM, Adler AI, Neil HA et coll. (2000). Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ*; 321(7258): 405-412.
- 18 Pollard CM, Miller MR, Daly AM et coll. (2007). Increasing fruit and vegetable consumption: success of the Western Australian Go for 2 and 5 campaign. *Public Health Nutrition*; 6: 1-7.
- 19 Ammerman AS, Lindquist CH, Lohr KN, Hersey J. (2002). The efficacy of behavioral interventions to modify dietary fat and fruit and vegetable intake: a review of the evidence. *Preventive Medicine*; 35(1): 25-41.
- 20 British Columbia Provincial Health Officer. (2005). *The Impact of Diabetes on the Health and Well-Being of People in British Columbia. Provincial Health Officer's Annual Report 2004*. Victoria, BC: Ministry of Health.
- 21 Diabetes Prevention Program Research Group. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine*; 346(6): 393-403.
- 22 Krueger H. (2006). *The Relationship between Long-Term Adherence to Recommended Clinical Procedures and Health Care Utilization for Adults with Diagnosed Type 2 Diabetes*. [PhD dissertation]. University of British Columbia, Department of Health Care and Epidemiology.
- 23 Feeny D, Furlong W, Saigal S, Sun J. (2004). Comparing directly measured standard gamble scores to HUI2 et HUI3 utility scores: Group- and individual-level comparisons. *Social Science and Medecine*; 58: 799-809.

3

PROMOTION DE LA SANTÉ ET
PREVENTION DES MALADIES –
OÙ EN SOMMES-NOUS?



La diminution du nombre de fumeurs chez les Canadiens, de 35 % en 1985¹ à 23 % en 2005², contribue à montrer qu'il est possible de modifier les comportements sociaux pour réduire les risques de maladies chroniques, même si l'usage très répandu du tabac reste une plaie dans certaines parties du pays. Ce succès est très généralement attribué à des stratégies soutenues et plurisectorielles pour restreindre le tabagisme et pour encourager les Canadiens à cesser de fumer ou à ne pas commencer de le faire. Ces stratégies relèvent notamment des secteurs suivants : législation, politiques fiscales, campagnes d'éducation publique, soutien en milieu de travail et aide de professionnels de la santé.

Les Canadiens devraient attendre de leurs gouvernements qu'ils suivent des stratégies similaires, à la fois soutenues et plurisectorielles pour promouvoir d'autres aspects d'une vie saine, notamment une saine alimentation et des activités physiques. Une des leçons qui ressort de la réduction du tabagisme est qu'on ne peut pas changer le comportement des gens pour améliorer leur santé en leur disant tout simplement ce qu'il y a de mieux à faire pour eux. Il faut aussi des politiques publiques pour créer les conditions favorables à de tels changements. Les gouvernements l'ont reconnu quand ils ont parlé de l'aide à apporter aux Canadiens pour prévenir et gérer les maladies chroniques, dans leurs accords de 2003 et 2004 sur la santé.

Dans ce chapitre, nous considérons où nous en sommes des stratégies clés incluses dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, qui a vu le jour à la suite de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé parrainée par l'Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être Canada et l'Association canadienne de santé publique, à Ottawa en 1986³. Vingt ans plus tard, les mesures d'action suivantes sont toujours considérées essentielles pour aider les gens à mieux prendre le contrôle de leur santé et à prévenir les maladies chroniques* :

- > poursuivre une politique de population en santé;
- > renforcer les mesures d'action communautaires;
- > créer des environnements favorables;
- > réorienter les services de soins de santé.

Nous prenons l'exemple d'ActNow BC, stratégie menée par le gouvernement de la Colombie-Britannique pour réduire les facteurs de risque courants des maladies chroniques dans la province, afin de démontrer comment on peut intégrer ces éléments à une approche globale et améliorer ainsi l'état de santé d'une grande population. ActNow BC s'est donné pour but d'être le programme le plus complet de promotion de la santé en Amérique du Nord⁴. (Pour plus de renseignements sur ActNow BC, et notamment sur ses cibles et objectifs précis, visiter le site Web www.actnowbc.ca et voir notre profil de ce programme dans *Importance du renouvellement des soins de santé : Leçons du diabète.*)

* La Charte d'Ottawa comprend deux autres mesures d'action pour la promotion de la santé (p. ex., acquisition des compétences personnelles et voies d'avenir) qui ne sont pas décrites dans ce rapport.

Ce que les gouvernements ont promis

En février 2003, le premier ministre du Canada et les premiers ministres des provinces et territoires ont signé l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, prenant ainsi des engagements généraux en vue d'un plan d'action pour « Les Canadiens en santé » :

« Des approches coordonnées sont nécessaires pour lutter contre l'obésité, promouvoir la forme physique et améliorer la santé publique et l'environnement. Les premiers ministres chargent les ministres de la Santé de poursuivre la mise au point de stratégies pour promouvoir de saines habitudes et d'élaborer des initiatives en vue de réduire les écarts dans l'état de santé des Canadiens et des Canadiennes. »

En septembre 2004, les premiers ministres ont signé le Plan décennal pour consolider les soins de santé, dans lequel ils ont pris d'autres engagements pour promouvoir « la prévention, la promotion et la gestion de la santé publique » :

« Tous les gouvernements savent que les activités du domaine de la santé publique liées à la promotion de la santé et à la prévention des blessures et des maladies sont essentielles pour améliorer les résultats pour la santé des Canadiens et des Canadiennes, mais contribuent aussi à la viabilité à long terme de l'assurance-maladie en réduisant les pressions qui s'exercent sur le système de santé.

En particulier, la gestion efficace des maladies chroniques permet de maintenir l'état de santé des personnes et de freiner la tendance grandissante à l'alourdissement du fardeau des maladies. »

« Les gouvernements s'engagent à accélérer l'élaboration d'une Stratégie pancanadienne pour la santé publique. Pour la première fois, ils établiront des buts et des cibles pour améliorer l'état de santé de la population canadienne en s'alliant à des experts. Cette stratégie inclura des activités touchant des facteurs de risque communs, comme l'inactivité physique, ainsi que des stratégies intégrées de lutte contre les maladies. Les premiers ministres s'engagent à travailler dans divers secteurs au moyen d'initiatives comme "Écoles en santé". »

En octobre 2005, tous les ministres de la Santé ont déclaré leur appui à un ensemble d'objectifs nationaux de vie saine qui préconisent une hausse de 20 %, d'ici 2015, dans le pourcentage des Canadiens qui sont physiquement actifs, ont une alimentation saine et un poids-santé (www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat). Les ministres de la Santé ont également adopté les Objectifs de santé pour le Canada, élaborés grâce à la collaboration des gouvernements, de spécialistes de la santé publique et d'autres experts, d'intervenants et de citoyens (www.phac-aspc.gc.ca/hgc-osc). Les ministres se sont mis d'accord pour que ces objectifs guident l'orientation des projets de leur province ou territoire respectif⁵.

Ensuite, nous faisons la lumière sur ce que les décideurs, les prestataires de soins de santé et les partenaires communautaires font en 2007 au Canada pour promouvoir la santé et prévenir les maladies chroniques.

Poursuivre une politique de population en santé

Les gouvernements sont les gestionnaires de ressources qui peuvent grandement promouvoir la santé de leur population, ou grandement lui nuire. Ils devraient s'assurer que chaque secteur gouvernemental contribue à sensibiliser les décideurs de politiques publiques aux conséquences de leurs décisions sur la santé et à leur faire accepter la responsabilité partagée des progrès de la santé. Les mesures d'action coordonnées des ministères gouvernementaux – comme les transports, l'éducation et les finances – devraient capitaliser sur les investissements publics et faire en sorte que les règlements et les politiques fiscales aient des retombées positives sur la santé^{3,6}. Les stratégies gouvernementales devraient s'appuyer sur les meilleures preuves disponibles des recherches scientifiques, faire largement appel à la participation de divers partenaires et des diverses disciplines, et s'orienter vers le long terme⁷. Elles devraient s'accompagner d'objectifs et de cibles mesurables, pour évaluer les répercussions des investissements publics. Les dépenses et les efforts sont-ils faits à bon escient? Permettent-ils de parvenir aux objectifs voulus? Ont-ils des résultats non intentionnels?

L'une des caractéristiques uniques de la stratégie ActNow BC est qu'elle repose sur une « approche pluriministérielle », demandant à chaque ministère d'utiliser son influence pour contribuer à réduire la prévalence des facteurs de risque courants pour les maladies chroniques. Le gouvernement a enjoint à chacun de ses ministères de contribuer à l'atteinte des objectifs provinciaux et de déterminer des résultats à court terme et à long terme pour évaluer ses programmes. Les ministères ont répondu par des dizaines de projets. Ainsi, Employment and Income Assistance finance des programmes pour aider les personnes à faible revenu à cesser de fumer et à apprendre comment préparer des repas sains; Tourism, Sport and the Arts finance un programme de formation en leadership en plein

La promotion de la santé

La promotion de la santé a pour but de parvenir à l'équité en matière de santé, grâce à la mise en place de conditions favorables pour le plus grand nombre possible de gens – en luttant contre les obstacles à une saine alimentation, à la réussite en éducation et à des revenus adéquats, pour nommer quelques-uns des facteurs qui influencent la santé de la population. Le secteur de la santé ne peut pas à lui seul parvenir à ces objectifs; une action coordonnée s'impose, qui rassemble les gouvernements, les organismes non gouvernementaux, l'industrie, les autorités locales comme les gouvernements municipaux, les autorités sanitaires et les écoles, parmi tant d'autres.

ACTIVITÉS SÉLECTIONNÉES AU CANADA

Que fait-on pour coordonner les interventions des ministères gouvernementaux afin d'accroître les efforts de promotion de la santé et d'améliorer les résultats de santé?

À l'Île-du-Prince-Édouard, plusieurs ministères – Health, Social Services and Seniors, Education and Community and Cultural Affairs – travaillent de concert avec des partenaires communautaires à la stratégie provinciale de vie saine, dont les objectifs sont de réduire l'usage du tabac, d'améliorer les habitudes alimentaires et d'accroître les activités physiques afin de ralentir la montée des maladies chroniques. Ces ministères appuient conjointement trois projets à l'Île-du-Prince-Édouard – Tobacco Reduction, Healthy Eating, et Active Living Alliances – grâce auxquels des organisations communautaires allient leurs forces à celles des ministères gouvernementaux pour donner à la province une plus grande capacité d'action dans la promotion de la santé.

www.gpei.ca/infopei/index.php3?number=1001897&lang=E

À Terre-Neuve-et-Labrador, un conseil consultatif provincial sur le bien-être de la population rassemble des associations professionnelles et des organismes non gouvernementaux très divers, ainsi que six ministères gouvernementaux (Education; Environment and Conservation; Government Services; Tourism, Culture and Recreation; Health and Community Services; Human Resources, Labour and Employment). Ce conseil a contribué à l'élaboration du

Provincial Wellness Plan, lancé en mars 2006 avec un budget de 3,7 millions de dollars cette année. La phase I vise une saine alimentation, des exercices physiques, la lutte contre le tabagisme et la prévention des blessures. D'autres priorités comme la santé mentale, le développement des enfants et des jeunes, la santé environnementale et la protection de la santé feront l'objet de la phase II. Six coalitions régionales pour le bien-être, appuyées par les autorités sanitaires régionales, mènent et coordonnent des activités locales. Les groupes communautaires peuvent recevoir des subventions provinciales de bien-être allant jusqu'à 50 000 dollars pour offrir des projets dans les secteurs prioritaires.

www.gohealthy.ca

Dans les Territoires du Nord-Ouest, la politique de Choix sains a mené à la création de projets interministériels pour lutter contre les comportements néfastes à la santé, dans le cadre du plan stratégique territorial de 2006-2010. Cette politique a aussi pour but de promouvoir la vie saine et la prévention des maladies dans six domaines clés : usage du tabac, maladies sexuellement transmissibles, prévention des blessures, alimentation saine, activités physiques et santé mentale. Au total, un budget de 400 000 dollars a été alloué à cette politique pour 2006-2007, avec une allocation complémentaire de 180 000 \$ en 2007-2008 qui se répétera par la suite.

www.hthss.gov.nt.ca/pdf/reports/health_care_system/2006/english/hss_action_plan_2006_2010.pdf

air pour aider les jeunes autochtones à obtenir des emplois dans le secteur des loisirs. Un ministre d'État d'ActNow BC et un comité de hauts fonctionnaires de chaque ministère s'assurent que les efforts respectifs contribuent globalement à atteindre les objectifs mesurables de la province. Les changements de comportements sociétaux exigent du temps, mais l'adhésion de tous les ministères permet d'atteindre ce but beaucoup plus rapidement^{4,8}.

Renforcer les actions communautaires

Il est possible de multiplier les effets des mesures d'action coordonnées entre les ministères gouvernementaux pour réduire les risques de maladies chroniques en concluant des partenariats avec les organismes non gouvernementaux, le secteur de l'industrie, les autorités locales et d'autres intervenants. Pour une promotion efficace de la santé, les communautés doivent prendre le contrôle des questions en jeu et déterminer les priorités, élaborer et instaurer les stratégies³. Par exemple, les interventions faites dans l'ensemble de la population pour promouvoir l'alimentation saine et réduire le tabagisme, ou pour diminuer le taux de cholestérol en réduisant la consommation de sel, donnent d'excellents résultats, globalement ou individuellement. Les interventions générales, tout comme les interventions ciblées, pour réduire l'incidence du diabète ou du VIH s'avèrent très économiques^{6,9,10,11}.

La méthode qui consiste à « développer la capacité de services », en démarche ascendante, est l'un des moyens excellents de renforcer les actions communautaires. Pour cela, il faut aider les partenaires à acquérir les compétences et les ressources nécessaires afin de bien maintenir en place les programmes et les services offerts, augmentant ainsi leur chance de succès à long terme¹².

ActNow BC fait d'organismes sans but lucratif comme BC Healthy Living Alliance et 2010 Legacies Now des « partenaires véritables et égaux » de changement et leur accorde un financement suffisant et stable pour mener des programmes à long terme de promotion de la santé⁸. Ainsi, en août 2007, BC Healthy Living Alliance – partenariat d'organismes influents, sans but lucratif, qui s'intéressent à la promotion de la santé – a reçu une subvention de 22 millions de dollars pour appliquer ses stratégies d'alimentation saine, d'activités physiques et de réduction du tabagisme. Comme cette alliance regroupe de très nombreux membres et qu'elle a l'appui de bénévoles dans près de 200 communautés de la Colombie-Britannique, les projets ainsi entrepris devraient avoir des retombées importantes partout dans la province. Cette alliance procédera à un examen externe des résultats pour mesurer les retombées de ces programmes¹³.

ACTIVITÉS SÉLECTIONNÉES AU CANADA

Au **Yukon**, l'unité de promotion de Yukon Health and Social Services a conclu une entente de collaboration plus formelle avec les éducateurs, dans le cadre de la politique de santé à l'école. Un programme d'alimentation-santé a été mis en place, dont l'objectif est d'encourager tous les segments de la population à faire des choix de vie plus sains, en s'alimentant plus sainement et en faisant davantage d'activités physiques.

www.hss.gov.yk.ca/programs/health_promotion

En **Ontario**, le Plan d'action pour une alimentation saine et une vie active, lancé en juin 2006, fait appel à la participation des différents secteurs et communautés pour lutter contre les facteurs clés de risque des maladies chroniques – mauvaise alimentation et manque d'activités physiques. Cette stratégie, qui a un budget de 10 millions de dollars, comprend des programmes comme le Programme des écoles saines, en partenariat avec le ministère de l'Éducation, pour promouvoir de sains comportements et de saines pratiques en milieu scolaire. Jusqu'à présent, plus de 1 300 écoles ont participé à ce programme.

www.mhp.gov.on.ca/english/health/HEAL/actionplan-EN.pdf

Manitoba in Motion a été lancé en octobre 2005, dans le cadre d'une stratégie provinciale conçue pour améliorer la santé des Manitobains par un accroissement de l'activité physique chez tous les groupes d'âge. Ce projet fait appel à la participation de quatre ministères gouvernementaux (Santé; Vie saine; Affaires indiennes

et du Nord; Culture, Patrimoine, Tourisme et Sport) et de nombreux partenaires non gouvernementaux dont le Manitoba Fitness Council et Sport Manitoba. S'appuyant sur le modèle de Saskatchewan in Motion (présenté dans le rapport de 2006 du Conseil canadien de la santé Leur avenir commence maintenant : Des choix sains pour les enfants et les jeunes au Canada), cette stratégie comprend quatre composantes : création de partenariats, plus grande sensibilisation du public, élaboration de stratégies axées sur les secteurs cibles et mesure des succès.

www.manitobainmotion.ca

L'organisme Tâichô Community Services Agency, dans les **Territoires du Nord-Ouest**, est un exemple unique d'une participation interministérielle complète qui englobe des services d'éducation, des services de santé et des services sociaux. Cet organisme est géré par le peuple Tâichô en collaboration avec le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. Il assure des services adaptés à la culture, aux traditions et aux besoins de ce peuple autochtone. L'un des exemples d'une telle adaptation est la stratégie Tâichô Healing Path Wellness, qui permet aux membres de la communauté de viser des objectifs de santé et de bien-être avec l'appui pratique de divers services : conseils de modes de vie, orientation familiale, services de santé publique et services cliniques, accès aux programmes et aux services d'éducation.

www.tlcho.ca/services-agency

BC Healthy Living Alliance

- > BC Lung Association
- > BC Pediatric Society
- > BC Recreation and Parks Association
- > Canadian Cancer Society, BC and Yukon Division
- > Canadian Diabetes Association
- > Dietitians of Canada, BC Region
- > Heart and Stroke Foundation of BC and Yukon
- > Public Health Association of BC
- > Union of BC Municipalities

www.bchealthyliving.ca

«Pendant plus de huit ans, j'ai essayé de mettre sur pied un programme de sensibilisation au diabète dans les magasins locaux qui appartenaient à la bande et que je gérais dans le nord de la Saskatchewan, mais sans succès! Je crois que l'industrie doit travailler de près avec le public pour donner plus de renseignements sur les lieux d'achat des aliments.»

Consultation publique du Conseil canadien de la santé sur le renouvellement des soins de santé et les maladies chroniques, printemps 2007.

Créer des milieux favorables

Notre santé est inextricablement liée aux environnements naturels et aménagés où nous vivons – du tracé de nos rues à la qualité de l'air que nous respirons, du type de travail que nous faisons à l'atmosphère de notre milieu de travail. Changer de schémas de famille, de travail ou de loisir peut bénéficier ou nuire à notre santé. Créer des environnements favorables à une bonne santé veut dire mettre en place des contextes de vie et de travail qui sont sûrs, stimulants, satisfaisants et agréables³.

Du point de vue de la prévention des maladies chroniques, cela veut dire créer des conditions qui permettent aux gens de renoncer à des comportements néfastes (p. ex., usage du tabac) et d'adopter des modes de vie plus sains (p. ex., marcher plus et conduire moins). Tous les secteurs de la société peuvent contribuer à la création de milieux favorables : les gouvernements (p. ex., politiques de soutien aux familles, moyens de transports), les organisations non gouvernementales et l'industrie (p. ex., politiques du milieu de travail), les autorités locales (p. ex., politiques des écoles, planification de la communauté), les communautés et les familles (p. ex., attitudes vis-à-vis des modes de vie sains pour les enfants et les personnes âgées).

ACTIVITÉS SÉLECTIONNÉES AU CANADA

Depuis novembre 2004, **Santé Canada** travaille en collaboration avec la Fondation des maladies du cœur et un groupe de travail composé de multiples intervenants (dont des ministères et des organismes fédéraux, des associations de l'industrie, des organismes bénévoles et des experts scientifiques) pour élaborer des recommandations et des stratégies afin de réduire au maximum la quantité d'acides gras trans dans les aliments au Canada. En juin 2007, le ministère fédéral de la Santé a annoncé que le Canada adopterait les limites proposées par le groupe de travail dans son rapport final, *TRANSformer l'approvisionnement alimentaire*, ce qui fait du Canada le premier pays au monde à exiger que les étiquettes des produits alimentaires préemballés indiquent la quantité d'acides gras trans.

www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/gras-trans-fats/tf-ge/tf-gt_rep-rap_f.html

L'**Agence de la santé publique du Canada** travaille avec les provinces et territoires pour combattre les facteurs de risque courants des maladies chroniques, grâce à un certain nombre de projets collaboratifs, notamment la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques et le Réseau pancanadien de santé publique.

www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2005/2005_37bk3_f.html et
www.phac-aspc.gc.ca/publicat/healthpartners/index.html

Que fait-on au Canada pour mobiliser les communautés afin qu'elles soient de véritables partenaires dans la promotion de la santé et la prévention des maladies?

La Health Integration Initiative au **Nunavut** appuie les comités de la santé dans chacune des 25 communautés de ce territoire pour les aider à suivre des stratégies qui font appel à une approche holistique, intégrée et communautaire des soins de santé et des services sociaux.

www.gov.nu.ca

En **Ontario**, à Thunder Bay, Fast Forward est un projet global de développement communautaire qui existe depuis 2001 et qui a pour objectif d'améliorer la santé de la population, de contribuer aux forces de l'économie locale et d'accroître la qualité de vie dans cette ville du nord de l'Ontario. Plus de 70 organisations participent à ce projet. Les indicateurs de progrès en matière de santé de 2001 à 2003 ont notamment montré une réduction du tabagisme et de l'obésité, ainsi qu'une augmentation du nombre de personnes qui font régulièrement des activités physiques.

www.thunderbay.ca/index.cfm?fuse=html&pg=641

Par l'entremise de ses nombreux partenariats, ActNow BC est actif dans les écoles, les milieux de travail et les communautés, les activités étant menées individuellement ou conjointement par les leaders des divers secteurs participant au programme. Depuis le lancement d'ActNow BC en 2005, plus de 130 villes et communautés des Premières Nations se sont inscrites parmi les « Collectivités actives », avec des plans d'action pour accroître la participation de la population aux activités physiques : 100 % des districts scolaires – soit plus de 1 300 écoles élémentaires et intermédiaires, et plus de 350 000 élèves – ont intégré les activités physiques (autres que les cours de gymnastique) aux activités de la journée d'école. De plus, le ministère de la Santé a piloté un projet de bien-être au travail dans les bureaux ministériels et lors des réunions ministérielles, et 12 autres ministères s'apprentent à lui emboîter le pas. En tant qu'employeurs, les ministères de l'Environnement et de la Santé offrent un programme À vélo au travail, qui encourage les employés à venir aux réunions en ville par ce moyen de transport, en leur fournissant des vélos et en leur donnant des cours de sécurité^{4,8}.

Réorienter les services de soins de santé

En 1986, la Charte d'Ottawa a préconisé une réorientation des services de santé afin que ces services « contribuent à la poursuite de la santé ». Certes, le système de santé doit traiter les malades, mais il devrait intégrer la promotion de la santé et la prévention des maladies dans ses services de tous les jours. Les preuves existent que les prestataires de soins de santé peuvent faire une différence : ainsi, les conseils donnés par les médecins aident les patients à cesser de fumer¹⁴. En mars 2007, le Conseil canadien de la santé a fait écho à cet appel, quand il a recommandé de réorienter les services de soins de santé pour passer de l'approche actuelle qui consiste à « trouver le problème et à le rectifier » à une approche qui consiste à « prévenir, trouver et gérer » le problème, afin d'arrêter la recrudescence des maladies chroniques chez les Canadiens et de mieux répondre aux besoins complexes et continus des personnes atteintes de maladies chroniques¹⁵.

En Colombie-Britannique, la Primary Health Care Charter, adoptée en mai 2007, appuie ce type de réorientation (www.primaryhealthcarebc.ca). Cette charte propose une vaste stratégie pour tirer parti du « potentiel considérable » des soins de santé primaires à améliorer la santé de la population et à contribuer à la durabilité du système de santé ». Les maladies chroniques – prévention, gestion et coordination des soins – occupent une place centrale

ACTIVITÉS SÉLECTIONNÉES AU CANADA

À Terre-Neuve-et-Labrador, dans le cadre du Provincial Wellness Plan, le ministère de la Santé et des Services communautaires finance l'Alliance for the Control of Tobacco, organisme d'encadrement sans but lucratif qui participe aux efforts d'éducation publique pour réduire le tabagisme. La stratégie de réduction du tabac de cette Alliance (2005-2008) décrit des projets axés sur la prévention, la protection et la cessation de l'usage.

www.actnl.com et
www.smokingsucks.ca/pdf/ACTguts.pdf

L'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada est un réseau d'organisations communautaires et d'individus qui partage la vision commune d'un système intégré de prévention des maladies chroniques au Canada. Ce réseau rassemble les intervenants qui travaillent à des maladies bien précises (diabète, cancer, maladies du cœur, accidents vasculaires cérébraux, maladies respiratoires) ainsi que les intervenants de plusieurs domaines axés sur les maladies chroniques, notamment dans des perspectives provinciales/territoriales et au niveau des facteurs de risque (p. ex., activités physiques, alimentation, tabagisme). Le projet Cube fait le mappage des activités et des priorités de prévention, pour recommander des moyens de parvenir à un système aligné et intégré de prévention primaire.

www.chronicdiseaseprevention.ca

En Ontario, le Fonds Collectivités actives – qui relève de Vie active 2010, stratégie de sports et d'activités physiques de l'Ontario – a été créé en 2004 pour investir dans des projets communautaires afin d'éliminer les obstacles à la participation de la population aux activités physiques et sportives. Depuis sa création, plus de 25 millions de dollars de subventions autres qu'en capital sont venues appuyer plus de 800 organisations aux niveaux provincial et local. Environ un million de personnes en ont bénéficié, dont des enfants, des jeunes, des familles à faible revenu, des Autochtones, des personnes âgées, des femmes et des filles, des minorités visibles et des minorités ethniques, et des personnes handicapées.

www.mhp.gov.on.ca/english/sportandrec/ciaf/fund.asp

En Colombie-Britannique, le nouveau programme Community Action for Health de la région sanitaire de l'intérieur attribue des financements de démarrage aux alliances et aux réseaux locaux de vie saine, pour les aider à appuyer la promotion de la santé et la prévention des maladies dans leur communauté. L'objectif est d'apporter des changements à l'environnement et aux politiques pour appuyer les objectifs provinciaux d'ActNow BC. Ce programme appuie les projets en amont faits pour apporter des changements exhaustifs et durables.

www.interiorhealth.ca/NR/rdonlyres/0FC3FDA8-9520-43AA-9CD1-923AF15081BF/3665/WhatisCommunityActionforHealth.doc

dans cette charte, qui décrit toute une gamme de changements systémiques à apporter aux soins de santé pour aider la province à atteindre ses objectifs de réduction des risques, conformément à ActNow BC. Par exemple, les médecins généralistes peuvent maintenant bénéficier d'incitatifs quand ils examinent les hommes et les femmes d'âge moyen pour déterminer les risques de maladies du cœur et pour dresser des plans d'action avec leurs patients. Des programmes provinciaux bien établis, comme la base de données électroniques Dial-A-Dietitian, contribuent également à mieux centrer les efforts sur la prévention. Grâce à ce programme, des diététistes répondent aux appels du public avec des renseignements actualisés et probants sur l'alimentation saine.

Du point de vue des patients, avec quel succès parvenons-nous à promouvoir la santé actuellement, en tant que pays? En 2007, le Conseil canadien de la santé a demandé aux Canadiens atteints de maladies chroniques ce qu'ils pensaient des services de promotion de la santé et de prévention des maladies qu'ils avaient obtenus de leurs prestataires de santé primaire au cours des 12 derniers mois¹⁶.

« Ce qu'il faut vraiment, c'est se concentrer sur les déterminants de la santé pour les gens qui souffrent de maladies mentales... Il faut disposer des ressources et des choix nécessaires pour que les gens puissent avoir des comportements sains, dans un environnement... propice. »

« Les médecins doivent être plus fermes à propos des questions de poids et de mode de vie des patients. Consacrer du temps maintenant à l'éducation permettrait d'éviter bien des souffrances par la suite, quand la maladie a été diagnostiquée. »

Consultation publique du Conseil canadien de la santé sur le renouvellement des soins de santé et les maladies chroniques, printemps 2007.

ACTIVITÉS SÉLECTIONNÉES AU CANADA

En **Ontario**, le projet Culture Counts du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM) a publié un guide pour promouvoir l'éducation communautaire et le partage des connaissances sur la santé mentale et sur la toxicomanie avec diverses communautés culturelles et linguistiques. Ce projet est un partenariat entre le CTSM, l'Association pour la santé publique de l'Ontario, les organismes locaux de santé publique et sept organismes communautaires au service de la population polonaise, portugaise, russe, tamoule, punjabie, somalienne et serbe à Toronto, dans la région de Peel, à Ottawa et à Windsor.

www.camh.net/About_CAMH/Health_Promotion/Community_Health_Promotion/Culture_Counts/index.html

En **Saskatchewan**, la région sanitaire de Saskatoon a des développeurs qui travaillent avec les groupes communautaires pour renforcer les communautés en santé. La région sanitaire a trois objectifs principaux : encourager la participation de la communauté à la santé, centrer les efforts sur la création de communautés en meilleure santé et mieux faire connaître les facteurs qui influencent la santé des communautés.

www.saskatoonhealthregion.ca/your_health/ps_primary_health_community_development.htm

Par l'entremise du Programme d'action communautaire pour les enfants, l'**Agence de la santé publique du Canada** assure le financement à long terme de coalitions communautaires pour offrir des programmes axés sur la santé et le développement des enfants à risque (de la naissance à six ans). Ce programme attache une grande importance aux partenariats et au renforcement de la capacité de services communautaires. Chaque province et territoire reçoit une allocation de base de 500 000 dollars par année pour offrir au moins un projet majeur d'intervention.

www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/capc_goals_e.html

Que fait-on au Canada pour créer des milieux favorables?

Le programme Grandir ensemble est un programme communautaire de promotion de la santé, financé par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, de Santé Canada, par le biais d'accords de contribution avec les gouvernements territoriaux et les communautés des Premières Nations des provinces. Au **Nunavut**, par exemple, des projets Grandir ensemble ont été offerts dans toutes les communautés en 2006-2007, en vue d'améliorer le bien-être physique, mental et social des enfants inuits, de leurs familles et de leurs communautés.

www.hc-sc.gc.ca/fnihspni/promotion/mental/brighter_grandir_f.html

Plus d'un tiers des répondants considèrent que ces prestataires leur apportent « toujours » ou « habituellement » l'aide dont ils ont besoin pour atteindre ou garder un poids santé (39 %). Près de la moitié (48 %) disent que leurs prestataires de soins de santé primaires leur parlent des mesures précises à prendre pour améliorer leur état de santé ou pour prévenir les maladies, par exemple pour les aider à cesser de fumer, à boire moins d'alcool ou à mieux gérer le stress. Plus de la moitié des répondants disent que ces prestataires leur apportent « toujours » ou « habituellement » l'aide dont ils ont besoin pour faire ces changements (57 %). Ces résultats ne diffèrent guère de ceux des Canadiens sans maladie chronique, ce qui semble indiquer que ces services ne sont peut-être pas particulièrement ciblés sur les personnes qui en ont le plus besoin (Figure 7).

Quand ils ont été interrogés sur les soins qu'ils avaient reçus au cours des six derniers mois pour leurs maladies chroniques, près de la moitié des Canadiens (49 %) ont déclaré que leurs prestataires leur avaient posé des questions sur leurs habitudes santé. Mais un pourcentage similaire de Canadiens (42 %) ont indiqué qu'ils ne recevaient « généralement pas » ou « presque jamais » d'aide pour déterminer des objectifs précis afin d'améliorer leurs habitudes alimentaires ou d'être physiquement plus actifs¹⁶.

Les conseils de la Charte d'Ottawa sont aussi pertinents pour le Canada actuellement qu'il y a deux décennies. Parlant de la réorientation des soins de santé, la Charte d'Ottawa déclare qu'il faudrait porter davantage attention aux recherches sur la santé. Actuellement, nous devons poursuivre les recherches pour déterminer comment les prestataires de soins de santé peuvent contribuer au maximum à améliorer les résultats de santé. La Charte dit également qu'il faudrait apporter des changements à la formation des professionnels de la santé, pour qu'ils centrent leurs services sur les besoins et les préférences du patient, et non pas seulement sur le problème qui l'a incité à obtenir des soins de santé. Cette question fait l'objet de notre prochain chapitre.

« La gestion d'une maladie devrait être pluridisciplinaire mais se faire dans un environnement centralisé ... Plus une personne se rétablit vite, et plus vite elle devrait pouvoir redevenir un membre actif de la société. »

Consultation publique du Conseil canadien de la santé sur le renouvellement des soins de santé et les maladies chroniques, printemps 2007.

ACTIVITÉS SÉLECTIONNÉES AU CANADA

En **Nouvelle-Écosse**, dans le cadre du programme d'action Pathways for People, le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé travaille avec d'autres ministères gouvernementaux, des municipalités et des groupes communautaires pour promouvoir les moyens de transport qui font appel à une activité physique, autant pour les activités de loisirs que pour les déplacements utilitaires : marche, vélo, patin à roues alignées et autres.

En **Colombie-Britannique**, le programme LocalMotion accorde des ressources supplémentaires aux gouvernements locaux pour améliorer la circulation et la sécurité, réduire la consommation d'énergie et promouvoir l'activité physique. Le ministère des Services communautaires a alloué 40 millions de dollars sur une période de quatre années à LocalMotion pour des pistes cyclables, des sentiers pédestres, des voies vertes, et pour des aménagements pour personnes handicapées.
www.localmotion.gov.bc.ca

Dans le cadre du programme Vie active 2010, la stratégie des sentiers de l'**Ontario** a été lancée en octobre 2005 avec un budget de 3,5 millions de dollars sur une période de cinq années. Cette stratégie guide l'aménagement, la gestion et la promotion d'un réseau diversifié de sentiers pour contribuer à lutter contre l'un des facteurs de risque courants des maladies chroniques : l'inactivité

physique. Le programme des Sentiers pour la vie accorde des fonds pour encourager la population à faire plus d'activités physiques et pour promouvoir les avantages des sentiers sur les plans de la santé et de l'économie.

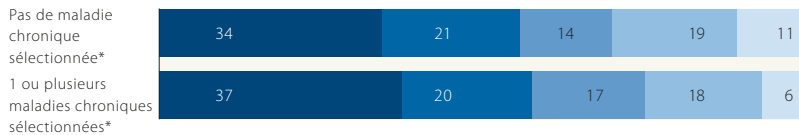
www.mhp.gov.on.ca/english/sportandrec/A2010_TrailStrategy.pdf

En **Saskatchewan**, le programme in Motion appuie plusieurs projets partout dans la province pour promouvoir les moyens de transport qui font appel à une activité physique, comme la marche et le vélo.

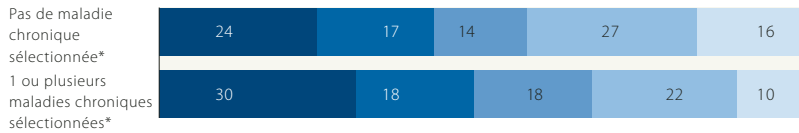
Un partenariat rassemblant des groupes communautaires d'aménagement des pistes, des ministères provinciaux et des services gouvernementaux locaux, des organismes sans but lucratif régionaux et provinciaux en **Nouvelle-Écosse** travaille à la création d'un réseau complet de pistes et de sentiers partout dans la province, avec l'aménagement de 500 kilomètres de nouveaux sentiers et pistes au cours des quatre prochaines années.

Votre prestataire de soins de santé primaires...

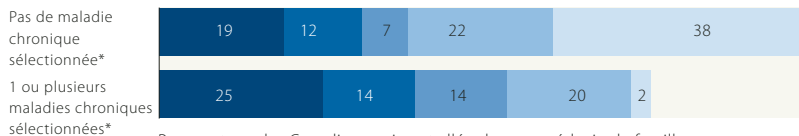
Vous aide-t-il à changer d'habitudes, de modes de vie pour améliorer la santé ou prévenir les maladies?



Vous parle-t-il de choses précises à faire pour améliorer la santé ou prévenir les maladies?



Vous aide-t-il à atteindre ou maintenir un poids-santé?



Pourcentage des Canadiens qui sont allés chez un médecin de famille ou chez un médecin généraliste au cours des 12 mois précédents

FIGURE 7

Les prestataires de soins de santé font-ils la promotion des modes de vie sains et de la prévention des maladies?

- Toujours
- Habituellement
- Parfois
- Rarement / jamais
- Sans objet

Remarque : Le total des pourcentages n'est pas de 100 % en raison des réponses manquantes, des refus de réponse, des « sans objet » et des « je ne sais pas ».

* Les maladies sélectionnées incluent : l'arthrite, le cancer, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète, les maladies du cœur, l'hypertension et les troubles de l'humeur.

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2007.

ACTIVITÉS SÉLECTIONNÉES AU CANADA

À l'Île-du-Prince-Édouard, la Healthy Eating Alliance est l'une des trois alliances qui travaillent à la réduction des facteurs de risque dans la province. Fondée en 2001, cette alliance regroupe plus de 30 organisations communautaires, ainsi que des éducateurs, des organismes gouvernementaux et des personnes qui travaillent de concert pour améliorer les habitudes alimentaires des enfants et des jeunes à l'Île-du-Prince-Édouard. L'Alliance a créé un outil de sensibilisation, School Healthy Eating Toolkit (financé par l'Agence de la santé publique du Canada, Stratégie canadienne sur le diabète) qui préconise des politiques d'alimentation saine dans les écoles et des renseignements pratiques sur la gestion des programmes d'alimentation saine dans les écoles. Récemment, cette Alliance a lancé une stratégie d'alimentation-santé, d'une durée de trois ans, à l'Île-du-Prince-Édouard.

www.healthyeatingpei.ca

À Terre-Neuve-et-Labrador, le projet Healthy Students, Healthy Schools est en cours pour veiller à ce que les milieux scolaires soient propices à la santé des enfants. Des directives sur l'alimentation à l'école – élaborées en partenariat avec les ministères de la Santé et de l'Éducation, le personnel administratif des écoles, les enseignants, les élèves et les parents – seront appliquées partout dans la province d'ici septembre 2008. Les autorités sanitaires régionales mettront en poste des coordonnateurs de la santé dans chaque district scolaire. Un nouveau programme d'études pour les

élèves de la maternelle à la 12^e année fait maintenant de l'éducation physique un cours obligatoire pour le diplôme d'études. Au cours des deux dernières années, plus de 2,4 millions de dollars ont été investis dans l'achat de nouvel équipement d'activités physiques pour les écoles, les programmes se concentrant moins sur des modèles orientés uniquement sur le sport et davantage sur les activités physiques et les modes de vie sains pour les jeunes. Un site Web sur les écoles en santé propose des ressources et des renseignements aux écoles et aux communautés.

www.livinghealthyschools.com

Grâce à un financement de l'Agence de la santé publique du Canada, un partenariat d'organismes nationaux et provinciaux collabore à l'évaluation et à la diffusion d'un outil de travail, Seniors' Mental Health Policy Lens, qui servira à élaborer ou critiquer des politiques, des lois, des programmes et des services favorables au mieux-être des personnes âgées.

www.seniorsmentalhealth.ca/best%20practices.htm

Références

- 1 Gilmore J. (2002). *Rapport sur la prévalence de l'usage de la cigarette au Canada, 1985-2001*. Ottawa : Statistique Canada. Catalogue 82F0077XIE. La prévalence s'applique aux individus âgés de 15 ans et plus qui disent fumer chaque jour ou occasionnellement.
- 2 Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 3.1, 2005. [données non publiées]. La prévalence s'applique aux personnes âgées de 15 ans et plus qui déclarent fumer chaque jour ou occasionnellement.
- 3 Organisation mondiale de la Santé. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Première conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa, 21 novembre 1986. www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/fr/index.html.
- 4 British Columbia Ministry of Health, Population Health and Wellness Division. (Juin 2006). *ActNow BC: Strategy Document*.
- 5 Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. (2005). Conférence annuelle des ministres fédéral-provinciaux-territoriaux de la Santé. Toronto, Ontario - 22-23 octobre 2005. [communiqué de presse]. www.scics.gc.ca/cinfo05/830866004_f.html.
- 6 Organisation mondiale de la santé. (2002). Rapport sur la santé dans le monde 2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève : OMS. www.who.org.
- 7 Organisation mondiale de la santé. (2004). *Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé*. Genève : OMS.
- 8 Andrew Hazlewood, sous-ministre adjoint, Population Health and Wellness, British Columbia Ministry of Health, communication personnelle, 15 août 2007.
- 9 Joffres M, Campbell N, Manns B, Tu K. (2007). Estimate of benefits of a population-based reduction in dietary sodium additives on hypertension and its related health care costs in Canada. *Canadian Journal of Cardiology*; 23(6): 437-443.
- 10 Ammerman AS, Lindquist CH, Lohr KN, Hersey J. (2002). The efficacy of behavioral interventions to modify dietary fat and fruit and vegetable intake: a review of the evidence. *Preventive Medicine*; 35(1): 25-41.
- 11 The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. (1993). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine*; 329(14): 977-986.
- 12 Ontario Prevention Clearinghouse. (2002). *Capacity Building for Health Promotion: More than Bricks and Mortar*. Toronto: OPC. www.opc.on.ca.
- 13 BC Healthy Living Alliance. (2007 Aug 14). BC's top health organizations unite for \$22-million initiative to promote healthy eating, physical activity and tobacco reduction. [news release]. www.bchealthyliving.ca.
- 14 Lancaster T, Stead LF. (1996). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; Issue 4. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub2. Date of last substantive update: July 13, 2004.
- 15 Conseil canadien de la santé. (2007). *Importance du renouvellement des soins de santé : Leçons du diabète*. Toronto : Conseil canadien de la santé. www.conseilcanadiendelasante.ca.
- 16 Conseil canadien de la santé. (2007). *Soins de santé pour maladies chroniques – Expériences des Canadiens en 2007 : Supplément de données à l'importance du renouvellement des soins de santé : À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques*. Toronto : Conseil canadien de la santé. www.conseilcanadiendelasante.ca.

ACTIVITÉS SÉLECTIONNÉES AU CANADA

Que fait-on au Canada pour réorienter les services de soins de santé primaires afin de promouvoir la santé et de prévenir les maladies chroniques?

Au **Nouveau-Brunswick**, le centre de santé McAdam, de la région sanitaire de River Valley, centre ses efforts sur les services de promotion de la santé et de prévention des maladies – par exemple, information et dépistage du diabète et de l'asthme, cessation de l'usage du tabac et renseignements sur l'usage sécuritaire des médicaments – en plus d'offrir des soins palliatifs et des services d'urgence 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Au **Nouveau-Brunswick**, les soins de santé primaires intégrés pour la Première Nation Elsipogtog font appel à des services communautaires, notamment à des services de santé mentale, pour la communauté mi'kmaq de 2 700 personnes, les soins étant assurés par des médecins et des infirmières praticiennes de l'autorité sanitaire régionale de Beauséjour. La communauté a déterminé le besoin d'améliorer l'accès à des services communautaires culturellement adaptés et de faciliter l'accès aux services des médecins. www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/services/acces/elsipogtog_f.html

En **Ontario**, l'équipe de santé de la famille de la région de Dryden a conçu un programme appelé It's Your Health! centré sur les services de promotion de la santé et de prévention des maladies, comme les programmes de nutrition pour prévenir les complications dues aux problèmes de poids. Les patients et les prestataires de soins travaillent ensemble pour évaluer les besoins des patients, à l'aide de la trousse Your Health Toolkit puis prennent rendez-vous avec les prestataires de soins appropriés.

En **Saskatchewan**, le projet de soins de santé primaires du district sanitaire de Pasquia, Baie d'Hudson, s'appuie sur les principes de promotion de la santé dans les interactions quotidiennes avec les clients, en vue de promouvoir ces objectifs : bonne hygiène de vie, diagnostic précoce, traitement et prévention des maladies. Les équipes pluridisciplinaires comprennent notamment des médecins, des infirmières de soins primaires, des infirmières de santé publique, d'autres infirmières, des travailleurs sociaux, des nutritionnistes, des physiothérapeutes et des travailleurs de foyers pour soins personnels. L'infirmière praticienne peut consacrer un temps supplémentaire à mettre en place les services de soutien social nécessaires et à enseigner l'autogestion de la santé.

4

QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ
POUR LES MALADIES CHRONIQUES –
OÙ EN SOMMES-NOUS?



La *qualité* en matière de soins de santé couvre bien des aspects : par exemple, est-ce que les patients font tous les examens et toutes les procédures recommandés par les spécialistes pour leurs problèmes de santé? Est-ce que les patients participent activement aux décisions prises à propos de leurs soins de santé? Est-ce que les prestataires de soins de santé écoutent attentivement les patients pour bien répondre à leurs préoccupations? Les patients s'attendent à ce que leurs prestataires de soins de santé respectent leurs besoins et leurs préférences, qu'ils y répondent, et qu'ils leur fassent partager le processus d'information et le processus de décision. Cette dimension des services de santé est connue sous l'expression de *soins axés sur le patient*. Axer les soins sur le patient est d'une importance fondamentale pour un système de santé de haute qualité^{1,2}, car ce facteur peut faire une vraie différence dans la santé des patients³.

En vertu des engagements qu'ils ont pris en 2003 et 2004 à propos du renouvellement des soins de santé, les gouvernements du Canada ont reconnu l'importance d'améliorer l'accès à des soins de santé primaires de qualité, élément fondamental des soins pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Dans notre premier rapport sur les

résultats de santé, *Importance du renouvellement des soins de santé : Leçons du diabète*, nous avons évalué si les personnes atteintes de diabète de type 2 obtenaient les soins recommandés en temps opportun. Nous avons appris qu'en dépit de bonnes intentions et d'efforts remarquables dans la prestation des soins de santé, le système de prestation actuellement en place laissait de trop nombreuses personnes dans une situation de vulnérabilité face aux maladies chroniques évitables et à leurs complications.

Dans ce rapport, nous nous tournons vers les Canadiens atteints de maladies chroniques pour découvrir quelles expériences ils ont faites récemment des soins de santé. À l'aide d'éléments clés des soins de santé axés sur le patient⁵, nous voyons où nous en sommes actuellement pour nous assurer que* :

- > les Canadiens ont accès aux soins requis;
- > les patients participent à leurs soins de santé;
- > les soins sont coordonnés;
- > les équipes de santé assurent des soins complets et intégrés;
- > les renseignements sur les soins de santé sont communiqués au public.

* La Vision 2020 des soins axés sur le patient comprend deux autres mesures d'action qui ne sont pas incluses ici, car elles exigent des enquêtes auprès des médecins, et non pas des patients. Ces deux autres mesures d'action sont les suivantes : utiliser des systèmes d'information clinique qui appuient des soins de haute qualité, un apprentissage fondé sur la pratique et une amélioration de la qualité des soins; chercher à obtenir régulièrement les commentaires des patients.

Ce que les gouvernements ont promis

Dans l'*Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, les gouvernements se sont engagés à accélérer les réformes des soins de santé primaires pour que les Canadiens puissent automatiquement recevoir les soins dont ils ont besoin d'un prestataire approprié. Les premiers ministres se sont mis d'accord pour atteindre le but suivant d'ici 2011 : « Au moins 50 % des citoyens auront accès à un fournisseur pertinent de soins, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. » Dans le *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, datant de 2004, cet objectif est décrit quelque peu différemment : « D'ici 2011, la moitié des Canadiens auront accès 24 heures par jour et 7 jours par semaine à des équipes multidisciplinaires. »

En 2003, les premiers ministres se sont entendus pour utiliser des indicateurs comparables des résultats clés de santé et pour mettre en place l'infrastructure nécessaire afin d'en rendre compte aux Canadiens. Dans le Plan décennal de 2004, les gouvernements se sont engagés à établir un réseau de pratiques exemplaires et à continuer de travailler avec Inforoute Santé du Canada, pour concrétiser la vision d'un dossier électronique de santé.

Pour se mettre à l'écoute des Canadiens, le Conseil canadien de la santé a lancé plusieurs projets en 2007. Nous avons tenu des dialogues directs à Halifax, Thunder Bay et Vancouver et nous avons mené des activités en ligne pour consulter un groupe diversifié de près de 2 000 Canadiens, dont beaucoup étaient atteints de diabète. (Voir page 45, « Le Conseil canadien de la santé consulte les Canadiens ».) Nous avons demandé à Statistique Canada de faire une enquête téléphonique auprès de quelque 2 200 Canadiens afin d'en apprendre plus sur leurs expériences des soins de santé primaires et des soins pour les maladies chroniques. (Pour plus de renseignements sur cette enquête, voir notre supplément de données *Soins de santé pour maladies chroniques – Expériences des Canadiens en 2007*.) Et nous avons travaillé à l'échelle mondiale avec d'autres organismes pour interroger 3 000 Canadiens, de même que 9 000 adultes dans six autres pays, sur leurs expériences des soins de santé. (Voir p. 44 pour plus de détails sur cette enquête.)

« Les patients veulent des soins qui a) leur permettent d'explorer la raison principale de leur visite, leurs préoccupations et leurs questions; b) mènent à une compréhension globale de leur environnement – l'ensemble de la personne, ses besoins émotionnels, ses problèmes de vie; c) conduisent à un terrain d'entente sur la nature du problème de santé et à un accord mutuel sur la manière de le gérer; d) renforcent la prévention des maladies et la promotion de la santé; e) contribuent à de bonnes relations entre le patient et le médecin. »

D^{re} Moira Stewart, professeure et directrice du Centre for Studies in Family Medicine, University of Western Ontario⁴.

« Le docteur m'a appelé et m'a dit que j'étais diabétique. Il a dit que l'infirmière spécialisée en diabète et le diététiste m'appelleraient. J'ai attendu plus d'un mois pour que le diététiste m'appelle, et encore plus longtemps pour l'infirmière. Entre-temps, j'ai eu peur, j'ai lu des livres, je suis allé sur Internet pour trouver des renseignements. Chaque fois que j'ai eu besoin de parler à l'infirmière spécialisée en diabète, j'ai dû attendre longtemps pour obtenir un rendez-vous. Si on veut qu'on prenne soin de nous, on doit pouvoir accéder rapidement aux prestataires des soins pour le diabète (même si on vit dans le nord de la Colombie-Britannique). »

Consultation publique du Conseil canadien de la santé sur le renouvellement des soins de santé et les maladies chroniques, printemps 2007.

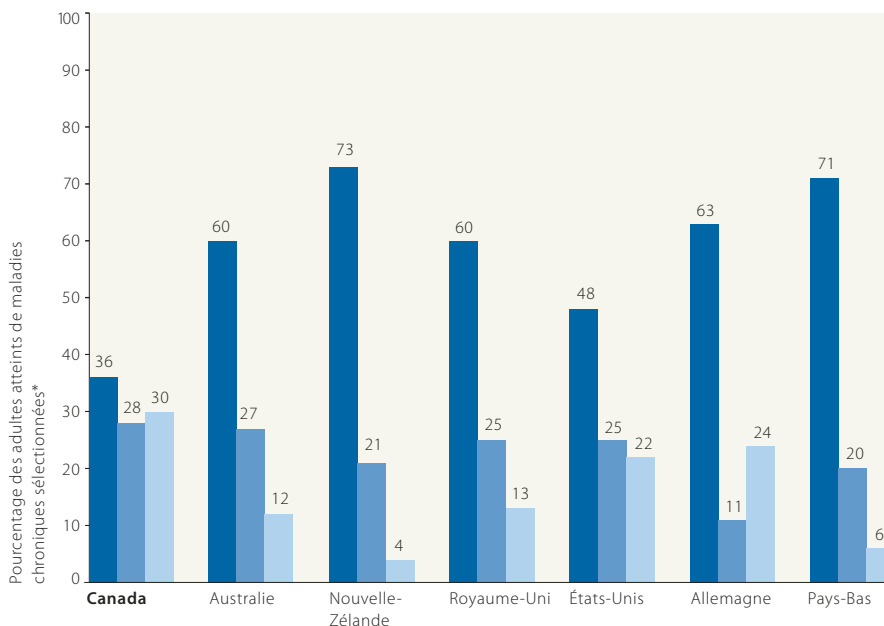


FIGURE 8
Les Canadiens attendent plus longtemps que les patients des autres pays

Temps d'attente pour un rendez-vous la dernière fois que la personne a été malade ou a eu besoin de soins médicaux au cours des 12 mois précédents

- Même jour ou jour suivant
- 2-5 jours
- 6 jours ou plus

* Les maladies chroniques sélectionnées comprennent l'arthrite, l'asthme, la dépression, le diabète, le cancer, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les maladies du cœur (y compris les crises cardiaques) et l'hypertension.

Source : Fonds du Commonwealth, 2007 International Health Policy Survey of the General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries.

Nous avons aussi demandé au gouvernement fédéral, aux gouvernements provinciaux et territoriaux, quels projets ils avaient entrepris récemment dans la gestion des maladies chroniques, pour nous permettre de faire la lumière sur les mesures prises actuellement afin d'améliorer les soins axés sur le patient dans ce domaine. Il faut noter que nos résultats d'étude décrivent les expériences vécues par les Canadiens l'an dernier, ou au cours des deux dernières années, et qu'ils ne reflètent pas forcément les retombées des changements actuellement en cours dans le système de santé. Il faudra attendre un certain temps avant de voir les retombées des réformes actuelles.

Les Canadiens ont-ils accès aux soins dont ils ont besoin?

Nos enquêtes nous ont appris que la vaste majorité des adultes atteints de maladies chroniques voient un médecin habituel, ont de longues relations avec ce prestataire de soins et consultent souvent des médecins et des infirmières. C'est encourageant, car la preuve existe que les personnes qui ont une source habituelle de soins de santé sont moins susceptibles d'aller aux urgences ou d'être hospitalisées⁶. En surface, l'accès semble donc suffisant, même si nous constatons que dans beaucoup de communautés les gens

ne peuvent pas trouver de médecin local pour en faire leur source habituelle de soins de santé primaires. Mais à mesure que nous étudions les questions d'accessibilité plus en profondeur, nous découvrons que les nouvelles sont moins positives quand il est question de savoir si les Canadiens obtiennent des soins quand ils le veulent, et où ils le veulent.

- › **La plupart des adultes atteints de maladies chroniques ont une source habituelle de soins de santé (98 %) et en ont une depuis longtemps.** Plus de la moitié consultent le même prestataire habituel de soins de santé primaires depuis plus de sept ans (59 %) et beaucoup voient le même prestataire depuis trois à sept ans (25 %)⁷. Une proportion similaire des adultes ont une source habituelle de soins de santé dans les six autres pays qui ont participé à l'enquête : Australie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni, États-Unis, Allemagne et Pays-Bas⁸.

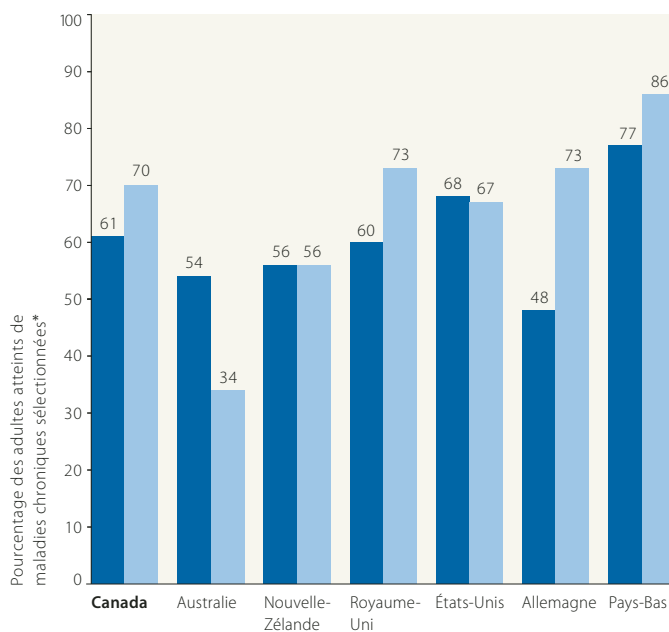


FIGURE 9

Accès aux soins après les heures de service

Le médecin habituel ou le lieu habituel de traitement offre des services :

- en soirée
- en fin de semaine

* Les maladies chroniques sélectionnées comprennent l'arthrite, l'asthme, la dépression, le diabète, le cancer, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les maladies du cœur (y compris les crises cardiaques) et l'hypertension.

Source : Fonds du Commonwealth, 2007 International Health Policy Survey of the General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries.

- › **L'utilisation des soins de santé augmente à mesure qu'augmente le nombre de maladies chroniques, schéma qui signale que notre système de santé sert les personnes qui en ont le plus besoin.** Les personnes atteintes de trois maladies chroniques ou plus consultent des infirmières 13 fois par année et des médecins de famille sept fois par année en moyenne—en plus des services de santé qu'elles reçoivent durant des nuitées en hôpital (Figure 4, p. 19). Notre comparaison internationale montre que les Canadiens atteints de maladies chroniques ont consulté leur prestataire habituel de soins de santé primaires un peu plus souvent que les habitants de trois pays (Nouvelle-Zélande, États-Unis et Pays-Bas) et un peu moins souvent que les habitants des trois autres pays (Australie, Royaume-Uni, Allemagne)⁸.
- › **Les Canadiens atteints de maladies chroniques signalent des temps d'attente plus longs que les habitants des autres pays.** Seulement 36 % des Canadiens atteints de maladies chroniques peuvent obtenir un rendez-vous médical le même jour, ou pour le lendemain, quand ils sont malades ou ont besoin de soins. Ces résultats nous mettent en dernière place dans la comparaison des sept pays. En Nouvelle-Zélande et aux Pays-Bas, 70 % des adultes obtiennent un rendez-vous dans ces délais. Par ailleurs, 30 % des Canadiens attendent six jours ou plus pour obtenir un rendez-vous, contre moins de 6 % des habitants en

Nouvelle-Zélande et aux Pays-Bas (Figure 8). En ce qui concerne les soins continus, une personne sur cinq atteintes de maladies chroniques au Canada dit avoir eu des difficultés à obtenir les soins dont elle avait eu besoin au cours de l'année passée (20 %). Attendre trop longtemps un rendez-vous était la difficulté la plus courante citée⁷.

- › **Les retards se produisent bien que les soins assurés après les heures de service aux Canadiens par leurs prestataires habituels soient de niveaux similaires à ceux de la plupart des autres pays.** Cela semble indiquer que d'autres facteurs, comme l'efficacité des systèmes d'ordonnancement, influent sur les différences internationales dans les temps d'attente pour un rendez-vous médical. Le Canada a encore beaucoup à apprendre des autres pays pour améliorer cette situation. (Figure 9).

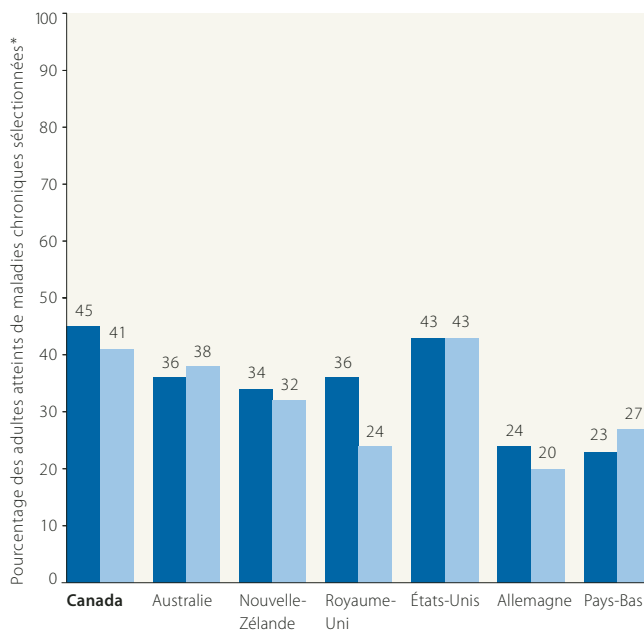


FIGURE 10
Visites évitables aux services d'urgence

- Sont allés aux urgences au cours des deux années précédentes
- La dernière visite aux urgences était pour un problème de santé que le médecin habituel du patient aurait pu traiter, s'il avait été disponible

* Les maladies chroniques sélectionnées comprennent l'arthrite, l'asthme, la dépression, le diabète, le cancer, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les maladies du cœur (y compris les crises cardiaques) et l'hypertension.

Source : Fonds du Commonwealth, 2007 International Health Policy Survey of the General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries.

- › **De trop nombreuses personnes atteintes de maladies chroniques se rendent aux urgences, et souvent inutilement.** Le nombre d'adultes atteints de maladies chroniques qui sont allés aux urgences au cours des deux dernières années au Canada (45 %) est presque le double de celui de l'Allemagne, par exemple (24 %)⁹. Parmi ce groupe, un plus grand nombre encore de Canadiens disent que cette visite aux urgences concernait un problème de santé qui aurait pu être traité, à leur avis, par leur médecin habituel si celui-ci avait été disponible (41 % au Canada, contre 20 % en Allemagne) (Figure 10)⁸.
- › **Le facteur des coûts arrête peu de patients de voir un médecin et de faire des examens médicaux, mais constitue un plus grand obstacle quand il s'agit de médicaments et de soins dentaires.** Certains Canadiens atteints de maladies chroniques signalent qu'ils n'ont pas consulté de médecin (4 %) ou qu'ils ont sauté un examen, un traitement ou une visite de suivi (6 %) à cause des coûts. Un pourcentage un peu plus grand n'est pas allé chercher des médicaments d'ordonnance ou a sauté une dose à cause du coût (10 %), et un pourcentage plus grand encore n'a pas consulté de dentiste en cas de besoin (23 %). Les coûts sont des obstacles moins courants au traitement des maladies chroniques aux Pays-Bas et des obstacles plus courants en Australie, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis, en comparaison au Canada (Figure 11).

Les patients participent-ils à la gestion de leur santé?

La plupart des Canadiens atteints de maladies chroniques disent que leurs prestataires de soins primaires communiquent bien et passent assez de temps avec eux. Là encore, ce sont des nouvelles positives. Mais trop peu de patients participent activement à la planification et à la gestion de leurs soins de santé, ou sont aiguillés vers des ressources éducatives et des soutiens communautaires utiles. Ce ne sont pas de bonnes nouvelles. En effet, les programmes d'autogestion de la santé pour le diabète et l'hypertension, en particulier, permettent d'améliorer les résultats de santé¹³. Il faut que les personnes atteintes de maladies chroniques participent activement à l'adoption et au maintien d'un mode de vie sain, ainsi qu'à la gestion de leurs problèmes médicaux personnels, avec le soutien nécessaire.

- › **La plupart des Canadiens atteints de maladies chroniques disent que leur prestataire habituel de soins primaires communique bien avec eux.** Il leur donne des explications compréhensibles (90 %), connaît des données importantes sur leurs antécédents médicaux (85 %), les renseigne sur les options de traitement pour les faire participer aux décisions (81 %) et passe suffisamment de temps avec eux (80 %). Les adultes dans les autres pays disent vivre des expériences similaires⁸.

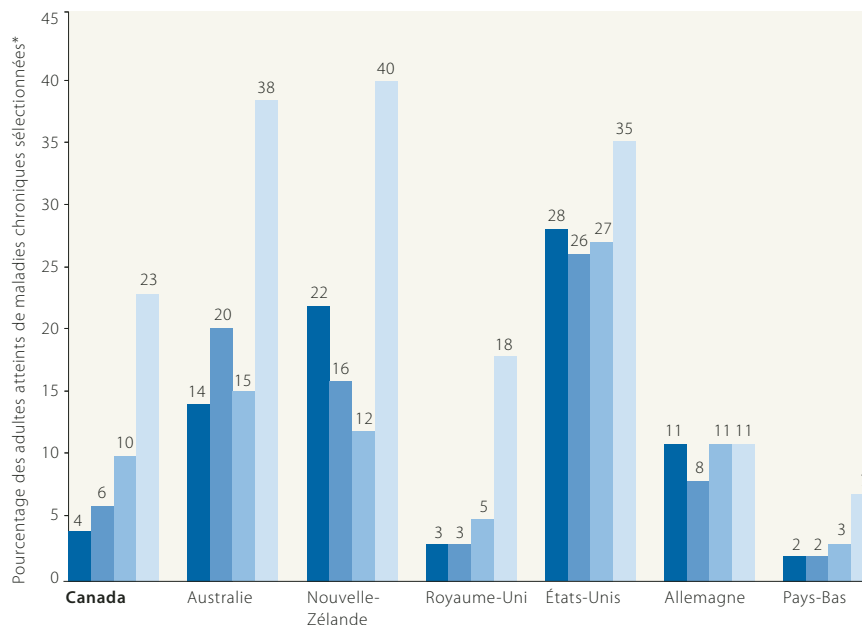


FIGURE 11
Obstacles financiers aux soins de santé

Au cours des 12 mois précédents :

- Ont eu un problème médical mais ne sont pas allés voir un médecin à cause du coût
- Ont sauté un examen, un traitement ou un suivi à cause du coût
- Ne sont pas allés chercher des médicaments d'ordonnance ou ont sauté une dose de médicament à cause du coût
- Ont eu besoin de soins dentaires mais n'ont pas vu de dentiste à cause du coût

* Les maladies chroniques sélectionnées comprennent l'arthrite, l'asthme, la dépression, le diabète, le cancer, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les maladies du cœur (y compris les crises cardiaques) et l'hypertension.

Source : Fonds du Commonwealth, 2007 International Health Policy Survey of the General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries.

- › **Trop peu de Canadiens atteints de maladies chroniques participent activement à la planification et à la gestion de leurs soins de santé.** Trop peu de Canadiens disent que leur prestataire de soins primaires considère régulièrement leurs valeurs et leurs traditions quand il leur recommande un traitement (55 %), leur demande quels sont leurs objectifs quant au traitement de leur maladie chronique (34 %) ou les aide à préparer un plan de traitement qu'ils peuvent appliquer dans leur vie quotidienne (44 %)⁷. Seulement un tiers des Canadiens disent avoir reçu des instructions écrites ou un plan écrit d'un professionnel de la santé pour les aider à gérer leurs propres soins de santé (33 %), contre la moitié des adultes atteints de maladies chroniques aux États-Unis (51 %)⁸.
- › **Trop peu de Canadiens atteints de maladies chroniques sont dirigés vers des ressources éducatives et des soutiens communautaires qui pourraient les aider à gérer leurs propres problèmes de santé.** Seulement environ 15 % des Canadiens sont régulièrement encouragés par leurs prestataires de soins primaires à utiliser un service précis, par exemple à assister à un atelier éducatif pour mieux faire front à leurs problèmes de santé, suivre des programmes comme des groupes de soutien ou des classes d'activités physiques, ou voir un diététiste, un conseiller ou un éducateur en matière de santé⁷.

« J'ai dû prendre une décision, continuer mes études à l'université ou travailler pour payer ma pompe à insuline ... Je suis retournée au système des injections ... C'était beaucoup plus facile à l'université quand j'avais une pompe, j'avais le contrôle et la souplesse voulus pour vivre ma vie d'étudiante. Meilleur contrôle, ça veut dire meilleure concentration, donc meilleures notes et meilleures bourses. »

« Je rêve d'être une de ces personnes qui ont une bonne assurance des frais médicaux et qui peuvent se faire rembourser leur pompe à insuline et leurs fournitures ... Je suis agent des services correctionnels dans une prison provinciale ... Je gagne bien ma vie, mais souvent je n'ai pas assez pour acheter mes fournitures pour le diabète ... Et puis j'arrive au travail et je vois l'infirmière qui donne des médicaments d'une valeur de centaines, sinon de milliers de dollars, aux prisonniers!!... Il serait peut-être temps qu'on vienne en aide aux petites gens comme moi. »

Consultation publique du Conseil canadien de la santé sur le renouvellement des soins de santé et les maladies chroniques, printemps 2007.

ACTIVITÉS SÉLECTIONNÉES AU CANADA

Que fait-on au Canada pour améliorer l'accès aux soins de santé primaires et aux soins pour maladies chroniques?

En **Saskatchewan**, la ligne HealthLine a pris plus d'ampleur et offre un soutien d'urgence aux personnes souffrant de maladies chroniques et de toxicomanies. Des travailleurs sociaux spécialisés et des infirmières psychiatriques autorisées répondent aux appels d'urgence et assurent des services d'aiguillage. Les services sont offerts 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Les renseignements et les conseils de santé sont donnés en anglais, avec traduction dans de nombreuses autres langues, dont le français, le cri et le déné. Un service de TTY existe pour les personnes qui ont des troubles auditifs ou langagiers. www.health.gov.sk.ca/healthline/

En janvier 2007, la **Nouvelle-Écosse** a instauré un système de primes pour les médecins de famille qui acceptent de travailler en soirée et en fin de semaine.

En **Colombie-Britannique**, les équipes du Practice Support Program aident les médecins de famille à adopter des horaires décalés ou à accès libre¹⁰ pour qu'ils puissent mieux donner des rendez-vous le même jour. www.practicesupport.bc.ca/

Le **Nouveau-Brunswick** a alloué un financement à l'élaboration d'une stratégie de gestion des maladies chroniques pour le diabète, en 2007-2008, afin d'améliorer l'accès aux médicaments, aux fournitures et aux appareils requis.

Depuis octobre 2007, le programme des médicaments d'ordonnance à **Terre-Neuve-et-Labrador** a un plafond annuel de 10 % du revenu familial net pour le remboursement des médicaments; les personnes et les familles à faible revenu ne paieront pas plus de 5 à 7,5 %. www.health.gov.nl.ca/health

Depuis septembre 2007, à **Terre-Neuve-et-Labrador**, un plus grand nombre d'enfants peuvent bénéficier de soins dentaires grâce à l'élargissement du programme de soins dentaires aux enfants. Ce programme couvre maintenant les soins dentaires préventifs ordinaires pour les jeunes de 13 à 17 ans de famille à faible revenu. www.health.gov.nl.ca/health/

(KO) Telemedecine est un programme autochtone de télésanté offert aux personnes des Premières Nations qui habitent des communautés éloignées en **Ontario**. Ce programme a recours à la technologie des télécommunications, notamment à des stéthoscopes numériques et à des caméras d'examen, pour faciliter les visites cliniques et pour appuyer les séances d'éducation et de formation en santé communautaire dans les régions éloignées¹¹. En partenariat avec KO Telemedecine, le centre d'accès aux soins de santé de la région de Kenora a une clinique d'examen de la vue à White Dog First Nation (nation indépendante Wabaseemoong) et se sert de téléophtalmologie pour offrir aux clients diabétiques des soins de santé dispensés par un spécialiste de la vue. <http://telemedicine.knet.ca>

Les soins sont-ils coordonnés?

La plupart des Canadiens atteints de maladies chroniques disent que leurs soins de santé primaires et leurs soins spécialisés sont coordonnés. Ce sont de bonnes nouvelles, même si les réponses plus positives des patients dans les autres pays semblent indiquer que nous pourrions faire mieux encore. Trop peu de Canadiens reçoivent des rappels destinés à coordonner le suivi des soins ou à s'assurer qu'ils font les examens en laboratoire et suivent les procédures nécessaires pour prévenir les complications liées aux maladies chroniques.

- › **Quand les Canadiens doivent consulter plus d'un médecin pour leurs maladies chroniques, la plupart estiment que ces prestataires coordonnent bien leurs soins.** Deux tiers des Canadiens disent que leur médecin habituel coordonne « toujours » ou « souvent » les soins des autres médecins (63 %). Parmi les Canadiens qui ont consulté un nouveau spécialiste au cours de l'année précédente, la plupart disent que leur médecin habituel les a aidés à décider qui voir (63 %) et a communiqué à ce spécialiste des renseignements sur leur problème de santé (78 %)⁸. Bien que le Canada soit en tête des autres pays sur ce point, il reste beaucoup de progrès à faire pour que davantage de Canadiens atteints de maladies chroniques reçoivent des soins coordonnés.

- › **Quand les Canadiens atteints de maladie chronique doivent aller à l'hôpital, la plupart estiment que leurs soins sont coordonnés avec leur prestataire de soins primaires.** Environ deux tiers disent que leur médecin habituel semblait informé et bien au courant du plan de suivi des soins après des séjours en hôpital au cours des deux années précédentes (68 %) et savaient quels soins ils avaient reçus aux urgences (60 %). D'autres pays font mieux : en Allemagne, 87 % des patients signalent une bonne coordination des soins après une admission à l'hôpital (Figure 12).
- › **Trop peu de Canadiens atteints de maladie chronique reçoivent des rappels à propos du suivi des soins ou à propos de soins préventifs pour les aider à éviter les complications (39 %), en comparaison aux adultes d'autres pays.** Par exemple, la plupart des patients aux États-Unis disent qu'ils reçoivent des rappels (70 %)⁸. De plus, la plupart des Canadiens n'étaient « généralement pas » ou « presque jamais » contactés après une visite chez leur prestataire de soins primaires pour voir comment les choses allaient (62 %)⁷.

Des équipes de santé assurent-elles des soins globaux et intégrés?

Bien que beaucoup de Canadiens atteints de maladies chroniques disent que leurs prestataires de soins de santé travaillent bien ensemble, trop peu de ces patients bénéficient de soins intégrés dispensés par des équipes de santé. Les équipes de santé sont un élément clé des soins axés sur le patient. La preuve existe que l'intégration de professionnels de la santé, comme les pharmaciens et les nutritionnistes, aux équipes de médecins et d'infirmières –

ACTIVITÉS SÉLECTIONNÉES AU CANADA

Depuis avril 2003, le programme régional de diabète de la région sanitaire Capital Health en **Alberta** permet de coordonner et d'intégrer les services pour les personnes atteintes de diabète. Les renvois faits par les médecins passent par une ligne téléphonique centrale ouverte 24 heures par jour, pour aiguiller les patients vers une équipe d'évaluation (infirmière, diététiste et médecin), des services d'éducation et des cliniques spécialisées. Le nombre des nouveaux renvois vers des spécialistes a presque triplé, mais les temps d'attente ont chuté, passant de plusieurs mois à plusieurs semaines ou plusieurs jours. En 2006, cette région sanitaire a commencé à faire un dépistage intensif du diabète, l'objectif étant d'identifier à 100 % les personnes atteintes ou à haut risque. Dotée d'un registre central sur le diabète qui regroupe les résultats des examens des patients, la région sanitaire a identifié plus de 90 % des diabétiques, et 59 % des patients sont parvenus à leurs objectifs de traitement¹².

Que fait-on au Canada pour mieux inciter les patients à gérer leurs propres maladies chroniques?

Grâce au projet Diversity and Social Inclusion in Primary Health Care, la **Nouvelle-Écosse** a élaboré le premier ensemble de directives provinciales sur les compétences culturelles au Canada pour assurer des soins de santé primaires culturellement adaptés.

www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/diversity.htm

En **Saskatchewan**, le programme Live Well with Chronic Conditions est un cours de six semaines, mené par des pairs bénévoles formés, dont beaucoup sont atteints d'une maladie chronique. Les participants apprennent à autogérer leur santé, à élaborer des plans d'action et des objectifs, à acquérir des compétences de communication et à faire face aux symptômes et aux émotions qui accompagnent souvent les maladies chroniques.

www.saskatoonhealthregion.ca/about_us/strategic/transforming_live_well.htm

La **Colombie-Britannique** a ajouté une nouvelle composante, Complex Patient Care Fee, à son programme Full Service Family Practice Incentive en avril 2007, reconnaissant ainsi que les soins à apporter aux patients qui vivent avec plus de deux maladies chroniques sont souvent complexes et exigeants. Cet honoraire complémentaire a pour but d'apporter un meilleur soutien en planifiant soigneusement le traitement en fonction des objectifs du patient et en améliorant la coordination des soins.

www.health.gov.bc.ca/phc/gpsc_incentive.html

Le Vascular Intervention Program (VIP) au Group Health Centre de Sault Ste. Marie, en **Ontario**, a étudié si les patients à haut risque de maladies vasculaires pouvaient sensiblement réduire leurs risques grâce à un plan d'action personnalisé conçu pour les faire participer davantage aux changements de leur mode de vie et à la gestion de leur santé. Ce projet de recherches, cofinancé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, avait également pour cible de faciliter la collaboration entre les prestataires de l'équipe de soins de santé.

chacun participant activement à une approche globale aux soins de santé – contribue remarquablement à améliorer la santé des personnes atteintes d'une maladie chronique comme le diabète. Le travail des équipes est particulièrement efficace quand elles comprennent un gestionnaire de cas qui coordonne les soins, organise les renvois et fait les suivis avec les patients¹⁷.

- › **Un tiers tout au plus des Canadiens atteints de maladies chroniques obtiennent des soins de professionnels autres que des médecins.** Bien que les personnes atteintes de maladies chroniques obtiennent peut-être ces soins ailleurs, seulement un tiers des patients atteints de maladies chroniques qui ont un médecin habituel ou un lieu habituel de traitement disent qu'une infirmière travaillant dans ce même lieu participe régulièrement à leurs soins de santé (33 %). Un pourcentage plus petit encore de patients rapportent qu'un professionnel de la santé autre que les médecins et les infirmières travaille dans leur lieu habituel de traitement (18 %)⁷. Par contre, environ la moitié des adultes au Royaume-Uni et en Allemagne ont un professionnel de la santé autre qu'une infirmière qui participe régulièrement à la gestion de leurs problèmes de santé⁸.

« J'ai finalement réussi à contrôler mon taux de sucre dans le sang et j'ai perdu 105 livres! J'aurais pu m'attaquer à tout ça quand j'avais 20 ans [et quand j'ai eu un diagnostic de prédiabète], mais je n'ai pas reçu l'éducation au départ. Je crois que la formation, l'éducation, la détermination et les ressources sont des éléments clés pour vaincre le diabète et pour garder un mode de vie sain. »

« D'après mes expériences, je sais que les pharmaciens ont beaucoup à offrir aux patients atteints de diabète et d'autres maladies chroniques comme l'asthme et les MPOC. Ils semblent bien informés sur ces questions et paraissent prêts à aider du mieux possible. Mais j'ai l'impression qu'ils ne sont pas bien utilisés par le système de santé... S'ils faisaient partie de cliniques ou de services de counseling uniquement dédiés à informer les patients sur les maladies chroniques, ils pourraient avoir – et ils auraient probablement – plus d'impact sur les résultats de santé des nombreux patients qui viennent les consulter. »

Consultation publique du Conseil canadien de la santé sur le renouvellement des soins de santé et les maladies chroniques, printemps 2007.

ACTIVITÉS SÉLECTIONNÉES AU CANADA

Que fait-on au Canada pour mieux coordonner les soins aux personnes atteintes de maladies chroniques?

Depuis avril 2007, 32 690 patients au Québec bénéficient du fait que leurs médecins se servent d'un système électronique d'information en matière de santé, conçu à partir d'une application judicieuse de la recherche à la pratique. Le programme de recherche MOXXI (Medical Office of the Twenty-First Century) à l'Université McGill a conclu qu'une intervention assistée par ordinateur pouvait réduire le nombre d'ordonnances potentiellement inappropriées émises par les médecins de soins primaires¹⁴. Actuellement, MOXXI teste les avantages potentiels d'un système électronique de gestion des prescriptions, des médicaments et des maladies pour les médecins, les pharmaciens en milieu communautaire et leurs patients.

<http://moxxi.mcgill.ca/moxxihome.html>

Le Collaborative Mental Health Care Network, en Ontario, relie les médecins généralistes aux spécialistes de la santé mentale qui les conseillent en diagnostic, psychothérapie et pharmacologie. Le but est d'aider les médecins généralistes à traiter les malades mentaux, éliminant ainsi les longues attentes pour une consultation psychiatrique. Ce réseau est l'une des nombreuses ressources proposées par un site Web créé par la Family Health Team, à l'Université McMaster, pour les chercheurs et les prestataires du secteur de la santé mentale qui s'intéressent à la gestion partagée des soins de santé mentale.

www.shared-care.ca et www.ocfp.on.ca/English/OCFP/CME/CMHCN/

Au Yukon, le Diabetes Collaborative a amélioré la coordination et la collaboration entre les professionnels de la santé, à qui il donne la possibilité d'apprendre et de travailler ensemble à des activités comme les visites groupées de patients pour les soins aux diabétiques. Ce collaboratif a adopté un outil de gestion venu de la Colombie-Britannique, le Chronic Disease Management Toolkit¹⁵.

En Nouvelle-Écosse, le programme Primary Healthcare Information Management (PHIM) a été le premier programme au Canada à avoir relié électroniquement les dossiers de soins de santé primaires des patients à tous les hôpitaux provinciaux de soins actifs, permettant de livrer électroniquement les résultats d'examen en laboratoire et d'imagerie diagnostique.

www.gov.ns.ca/health/waittimes/ehr.htm#Prim

Au Nunavut, le réseau de télésanté s'est étendu à de plus nombreuses communautés grâce au projet A Tool to Help People from Far Away – The IIU Telehealth Network Initiative. Au départ, ce projet n'avait pas pour objectif d'économiser des fonds, mais d'améliorer la gamme des services médicaux, sociaux et éducatifs offerts dans le nord. Mais le Nunavut en a retiré des économies (raisonnablement évaluées à 1,6 million de dollars), en grande partie grâce à la réduction des frais de déplacement¹⁶.

- › **Les Canadiens atteints de maladies chroniques considèrent que leurs différents prestataires de soins de santé travaillent bien ensemble**, dans leur lieu habituel de traitement (89 %), avec les professionnels que les patients voient dans d'autres lieux de traitement (89 %) et avec d'autres secteurs du système de santé comme les hôpitaux et les cabinets de spécialistes (89 %)⁷.

Les renseignements sur la santé sont-ils accessibles au public?

Les patients devraient avoir accès à des renseignements précis et normalisés à propos des médecins, afin de pouvoir mieux choisir le praticien qui répondra à leurs besoins de santé. Actuellement, au Canada, très peu de renseignements existent sur la qualité des soins offerts par les différents médecins ou par les différentes équipes de soins de santé primaires. Par exemple, certaines instances communiquent les temps d'attente des interventions chirurgicales et d'autres soins spécialisés, médecin par médecin.

- › **Peu de Canadiens atteints de maladies chroniques essaient d'obtenir des renseignements sur la qualité des services de leurs médecins (par exemple en consultant des rapports sur les expériences des patients) pour mieux décider de leurs soins de santé (21 %), même si beaucoup de Canadiens qui cherchent trouvent des renseignements utiles (65 %).** Beaucoup plus d'adultes aux États-Unis et en Allemagne déclarent chercher et trouver des renseignements utiles (Figure 13).

Aider les équipes à assurer des soins de qualité

Que peut-on faire pour mieux aider les équipes interprofessionnelles à améliorer la qualité des soins pour les maladies chroniques?

Un des moyens est de mettre en place des *collaboratifs*, qui rassemblent des professionnels de la santé pour adopter de nouvelles méthodes de prestation des soins. Ces professionnels apprennent à mieux faire participer leurs patients à la gestion de leurs maladies chroniques, à utiliser une technologie et des outils qui aident à obtenir les soins recommandés pour les patients et à surveiller les retombées de ces changements. Il est prouvé que ce mode de travail en équipe contribue à l'amélioration des résultats de santé^{18, 19, 20, 21}. Des collaboratifs de traitement des maladies chroniques sont maintenant mis en place en Colombie-Britannique, en Saskatchewan, à Terre-Neuve-et-Labrador. Nous avons présenté leur travail dans notre rapport de mars 2007 *Importance du renouvellement des soins de santé : Leçons du diabète*.

Pour d'autres résultats d'enquête, voir notre supplément de données...

Soins de santé pour maladies chroniques – Expériences des Canadiens en 2007

www.conseilcanadiendelasante.ca

ACTIVITÉS SÉLECTIONNÉES AU CANADA

Que fait-on au Canada pour qu'un plus grand nombre d'adultes reçoivent des soins de santé d'équipes interprofessionnelles de soins primaires?

En **Ontario**, la Maple Family Health Team à Kingston illustre comment les 150 équipes de santé de la famille offrent un meilleur accès aux programmes de prévention et de gestion des maladies chroniques dans la province. Ces équipes de santé de la famille comprennent des médecins, des infirmières, des infirmières praticiennes, des pharmaciens, des diététistes, des spécialistes, des travailleurs sociaux, des éducateurs en matière de santé, des travailleurs en santé mentale et d'autres prestataires de soins, selon les besoins locaux. <http://maplefamilyhealthteam.ca/>

La vision des soins de santé primaires dans les **Territoires du Nord-Ouest** repose sur l'Integrated Services Delivery Model (ISDM). Ce modèle est axé sur le travail en équipe, centré sur le client et vise la prévention et la promotion de la santé. L'intégration des services et la collaboration entre les différentes équipes de services de santé et de services sociaux sont au cœur de ce modèle. www.hlthss.gov.nt.ca

En **Saskatchewan**, les Mīwayawin Health Services (anciennement connus sous le nom de Battleford Tribal Council Indian Health Services) offrent un programme mené par des infirmières pour aider les patients diabétiques à gérer leur taux de glycémie. Ils ont conclu que ce programme permet de réduire considérablement le nombre

de patients qui ont besoin de dialyse²². Cette recherche s'inscrit dans une stratégie complète de gestion des maladies chroniques orientée vers le diabète, qui met maintenant à l'essai divers moyens d'aider les patients à surveiller et à gérer leur taux de sucre dans le sang.

En **Ontario**, un projet-pilote (financé par le Fonds de transition des soins de santé primaires) appelé IMPACT (Integrating Family Medicine and Pharmacy to Advance Primary Care Therapeutics) aide les cabinets de médecine généraliste à intégrer des pharmaciens à leurs équipes de soins de santé, l'objectif étant d'améliorer les résultats de santé des patients, par exemple pour la tension artérielle, le taux de cholestérol, le taux de glycémie et la maîtrise de la douleur. Ce projet est présenté dans le rapport parrainé par le Conseil canadien de la santé, *Prescription et utilisation optimales des médicaments au Canada : Défis et possibilités (mai 2007)*.

www.impactteam.info et www.conseilcanadiendelasante.ca

Au **Nouveau-Brunswick**, des équipes de professionnels de la santé dotés de compétences complémentaires et travaillant dans les centres de santé communautaire (CSC) assurent des soins primaires dans plusieurs communautés. Parallèlement aux soins de santé, les CSC se concentrent sur le bien-être des individus, des familles et des communautés en leur donnant accès à des programmes et à des services de prévention.

www.gnb.ca/0051/0053/chc-f.asp

43

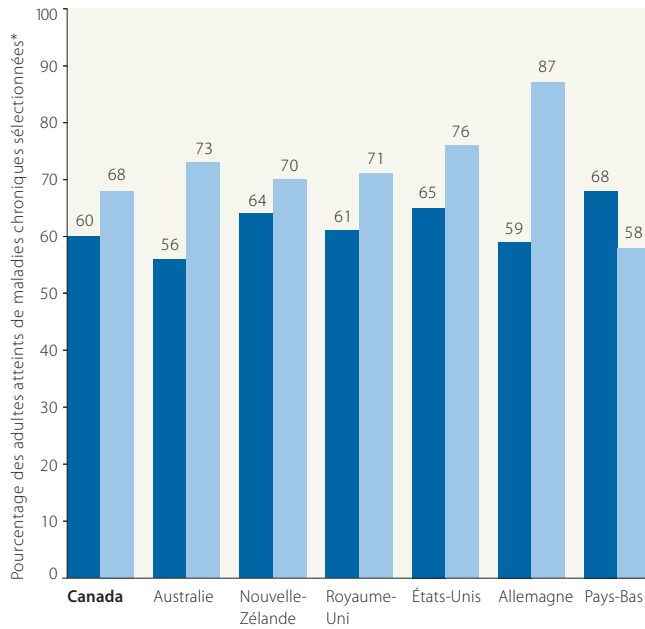


FIGURE 12
Coordination des soins de santé

- Le médecin habituel semblait informé et au courant des soins reçus aux urgences
- Le médecin habituel semblait informé et au courant du plan de suivi après un séjour en hôpital

* Les maladies chroniques sélectionnées comprennent l'arthrite, l'asthme, la dépression, le diabète, le cancer, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les maladies du cœur (y compris les crises cardiaques) et l'hypertension.

Source : Fonds du Commonwealth, 2007 International Health Policy Survey of the General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries.

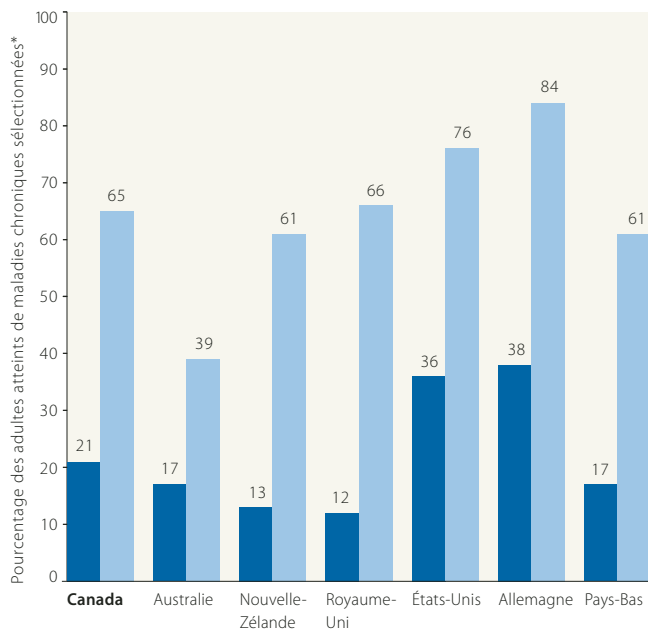


FIGURE 13
Chercher des renseignements sur la qualité des soins

- Avez-vous jamais essayé de trouver des renseignements sur la qualité des médecins, y compris dans des rapports sur la satisfaction et les expériences des patients (au cours des deux années précédentes)?
- Si vous avez essayé de trouver des renseignements sur les médecins, avez-vous trouvé quelque chose d'utile?

* Les maladies chroniques sélectionnées comprennent l'arthrite, l'asthme, la dépression, le diabète, le cancer, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les maladies du cœur (y compris les crises cardiaques) et l'hypertension.

Source : Fonds du Commonwealth, 2007 International Health Policy Survey of the General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries.

Les soins axés sur le patient ne sont pas simplement un exercice « pour voir le bon côté des choses ». En respectant les patients atteints de maladies chroniques en tant que partenaires dans la gestion de leur santé, tout en assurant une bonne coordination des soins parmi les différents professionnels de la santé que les patients doivent consulter, les soins axés sur le patient font une vraie différence dans la santé et dans la qualité de vie des patients. Dans la dernière partie de notre rapport, nous nous appuyons sur ce que nous avons appris des Canadiens, ainsi que sur des recherches relatives aux soins de santé de haute qualité, pour déterminer dans quelle mesure le Canada réussit dans ce domaine et pour voir comment nous pourrions améliorer les moyens de prévention et de traitement des maladies chroniques, en tant que nation.

« C'est frustrant d'avoir rendez-vous avec l'infirmière, puis de devoir aller chez le diététiste qui change souvent mon régime alimentaire ... Avec une réunion en équipe, tout le monde serait à la même page. On pourrait se donner des buts et des objectifs auxquels tous les participants pourraient travailler en collaboration, au lieu de lire les notes des uns et des autres et de "partir de ça" ».

« Il ne faut pas compter sur le médecin pour trouver une solution magique aux problèmes de santé chroniques. On doit faire sa part. Et pour ça, les gens ont besoin d'outils simples que tout le monde peut utiliser, et avoir la confiance et les conseils pour le faire. »

Consultation publique du Conseil canadien de la santé sur le renouvellement des soins de santé et les maladies chroniques, printemps 2007.

À propos de l'enquête International Health Policy Survey

En 2007, le Conseil canadien de la santé s'est joint à d'autres organisations pour commander une enquête téléphonique auprès des Canadiens, et auprès de 9 000 adultes dans six autres pays, pour s'informer sur les expériences des patients quant aux soins de santé primaires, aux maladies chroniques et aux autres types de traitement. L'enquête a été effectuée au Canada en français et en anglais, du 6 mars au 7 mai 2007.

Un échantillon stratifié de 3 003 Canadiens, âgés de 18 ans et plus, vivant dans des résidences privées dans 10 provinces et deux territoires, ont pris part à cette enquête. Afin d'établir une comparaison internationale utile pour les Canadiens, l'enquête a regroupé des questions utilisées précédemment dans les recherches sur le système de santé. Les résultats présentés dans ce rapport sont pondérés pour refléter la distribution de la population canadienne en termes d'âge et de sexe.

Dans ce rapport, nous présentons les réponses des adultes qui déclarent avoir déjà eu un diagnostic ou un traitement pour une ou plusieurs des maladies chroniques suivantes : arthrite, asthme, cancer, dépression, diabète, maladies pulmonaires obstructives

chroniques, maladies du cœur (y compris les crises cardiaques) et hypertension. Tailles des échantillons non pondérés (N) des adultes atteints de ces maladies chroniques sélectionnées : Australie (N = 612), Canada (N = 1 500), Nouvelle-Zélande (N = 536), Royaume-Uni (N = 722), États-Unis (N = 1 522), Allemagne (N = 631) et Pays Bas (N = 1 063).

L'enquête *2007 International Health Policy Survey of the General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries* était parrainée par le Fonds du Commonwealth et a été menée par Harris Interactive. Le cofinancement de l'échantillon canadien de ce projet est venu du Conseil canadien de la santé; l'échantillon des Pays Bas a été financé par les organismes suivants : ministère de la Santé, Bien-être et Sport, Centre pour la qualité des recherches sur les soins de santé (WOK), Université Radboud Nijmegen; l'échantillon de l'Allemagne a été financé par l'Institut pour la qualité et l'efficacité des soins de ce pays.

LE CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ CONSULTE LES CANADIENS

En 2007, le Conseil canadien de la santé a tenu des dialogues en direct à Halifax, Thunder Bay et Vancouver, et a effectué une consultation en ligne auprès des Canadiens atteints de maladies chroniques. Nous avons ainsi consulté un groupe très divers d'environ 2 000 Canadiens atteints de maladies chroniques (diabète, pour la plupart), ou dont la famille compte une personne ainsi atteinte, ou encore qui savent être à risque d'une maladie chronique comme le diabète. Les participants nous ont dit les facteurs positifs de leurs expériences, et ce qu'il faudrait améliorer. Ils ont indiqué leurs priorités de politiques pour les soins de santé et la prévention des maladies chroniques.

Qu'est-ce qui donne de bons résultats?

Une approche proactive face aux maladies chroniques, avec des éléments comme le diagnostic précoce et la prévention.

Des cliniques du diabète où les soins sont assurés par des équipes interdisciplinaires et où l'accès au traitement et à l'information se fait à guichet unique.

Qu'est-ce qui est important dans la prévention et le traitement?

Un mode de vie sain, avec notamment une saine alimentation et des activités physiques.

Un effort d'éducation pour aider les personnes atteintes de maladies chroniques à gérer leurs problèmes de santé et à vivre sainement avec eux.

De bonnes sources de soutien, aussi bien sur le plan de l'émotion que sur le plan de l'information, et notamment des groupes d'entraide, une aide familiale, et un appui en milieu de travail.

Des professionnels de la santé compétents et serviables.

Difficultés en matière de soins de santé

Difficulté de l'accès aux soins, et notamment longues attentes, longs déplacements pour se rendre en milieu urbain, et problèmes de frais de santé pour les personnes à faibles revenus.

Coûts impossibles à gérer, qui influent parfois sur les options de traitement, pour les frais médicaux non couverts par les régimes d'assurance provinciaux.

Médiocre qualité des soins, et notamment manque de soutien pour apprendre à gérer son diabète et pour apporter les changements pertinents à son mode de vie et à son régime alimentaire.

Ressources gouvernementales insuffisantes en matière de prévention du diabète, investissements qui permettraient des économies à long terme.

Coopération insuffisante parmi les intervenants clés, comme les gouvernements et l'industrie, qui partagent la responsabilité des soins de santé avec les patients et les prestataires de soins.

Priorités de politique en matière de santé

Équipes de soins de santé, qui contribueraient grandement à améliorer la qualité des soins pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

Meilleurs systèmes de soutien, et notamment sensibilisation à la gestion personnelle de la santé et aide financière à une alimentation saine et à des activités physiques.

Pour en savoir plus à ce sujet...

Renouvellement des soins de santé et maladies chroniques : Rapport de consultation publique, www.conseilcanadiendelasante.ca

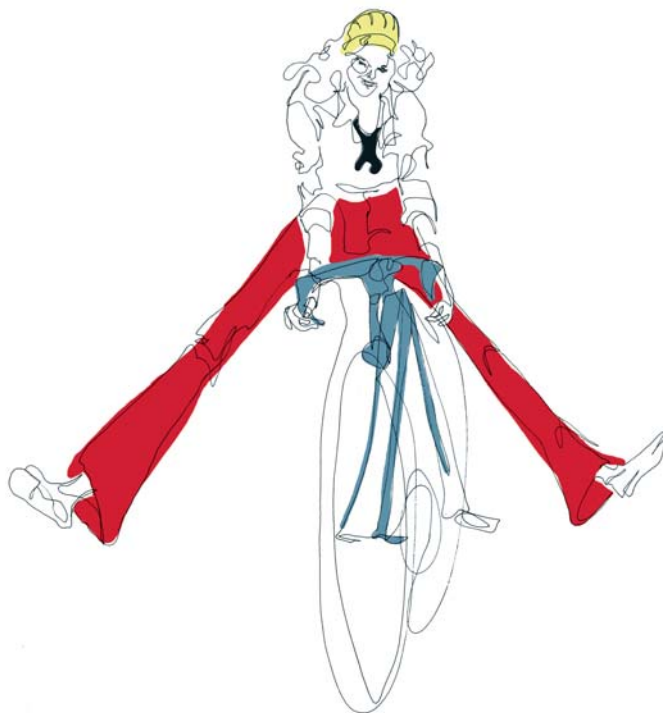


Références

- 1 Conseil ontarien de la qualité des services de santé. (2007). *QMonitor: 2007 Report on Ontario's Health System*. Toronto : OHQC. www.ohqc.ca.
- 2 The Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System. (2006). *Framework for a High Performance Health System for the United States*. New York : Commonwealth Fund. www.cmwf.org.
- 3 Institute of Medicine, Committee on Quality Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC : National Academy Press.
- 4 Stewart M. (2001). Towards a global definition of patient centred care: the patient should be the judge of patient centred care. [Éditorial]. *BMJ*; 322: 444-445.
- 5 Davis K, Schoenbaum SC, Audet AM. (2005). A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*; 20(10): 953-57.
- 6 Atun R. (2004). *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Copenhague : OMS, Bureau régional de l'Europe, Réseau des bases factuelles?? en santé. www.euro.who.int/document/f82997.pdf.
- 7 Conseil canadien de la santé. (2007). *Soins de santé pour maladies chroniques – Expériences des Canadiens en 2007 : Supplément de données à l'importance du renouvellement des soins de santé : À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques*. Toronto : Conseil canadien de la santé. www.conseilcanadiendelasante.ca
- 8 The Commonwealth Fund. 2007 International Health Policy Survey of the General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries.
- 9 Schoen C, Osborn R, Doty MM et coll. (2007). Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Affairs*; 26(6): w717-w734.
- 10 Murray M, Bodenheimer T, Rittenhouse D, et Grumbach K. (2003). Improving timely access to primary care: case studies of the advanced access model. *JAMA*; 289: 1042-1046.
- 11 Santé Canada. (2006). Accès accru et intégration des services de santé-Plan d'expansion du partenariat Télésanté Keewaytinook Okimakanak (KO)/Réseau Nord, Plan d'expansion des partenariats. Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, Feuille d'information. www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/index_f.html.
- 12 Every B. (2007). Better for ourselves and better for our patients: chronic disease management in primary care networks. *Health Care Quarterly*; 10(3): 70-74.
- 13 Chodosh J, Morton SC, Mojica W et coll. (2005). Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Annals of Internal Medicine*; 143: 427-438.
- 14 Tamblyn R, Huang A, Perreault R et coll. (2003). The medical office of the 21st century (MOXXI): effectiveness of computerized decision-making support in reducing inappropriate prescribing in primary care. *CMAJ*; 169(6): 549-556.
- 15 Santé Canada. (2007). *Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires : Résumé des initiatives : Dernière édition*. Ottawa : Santé Canada. www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/prim/2007-initiatives/index_f.html.
- 16 Santé Canada. (2007). *Fonds pour l'adaptation des soins de santé : Série de rapports de synthèse sur la mise en commun des connaissances – Gestion et technologie de l'information*. Ottawa : Santé Canada. www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/prim/2006-synth-collabor/index_f.html,
- 17 Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM et coll. (2006). Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis. *JAMA*; 296(4): 427-440.
- 18 Asch SM, Baker DW, Keesey JW et coll. (2005). Does the collaborative model improve care for chronic heart failure? *Medical Care*; 43(7): 667-675
- 19 Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, et Keeler EB. (2005). A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *American Journal of Managed Care*; 11(8): 478-488.
- 20 Piatt GA, Orchard TJ, Emerson S et coll. (2006). Translating the chronic care model into the community: results from a randomized controlled trial of a multifaceted diabetes care intervention. *Diabetes Care*; 29(4): 811-817.
- 21 Rand Corporation. (2006). Improving chronic illness care: evaluation. [bibliographie]. www.rand.org/health/projects/icice/findings.html.
- 22 Tobe S, Pylypchuk G, Wentworth J et coll. (2006). Effect of nurse-directed hypertension treatment among First Nations people with existing hypertension and diabetes mellitus: the Diabetes Risk Evaluation and Microalbuminuria (DREAM 3) randomized controlled trial. *CMAJ* 2006; 174(9).

5

PRÉVENIR ET GÉRER LES MALADIES
CHRONIQUES – COMMENT
POUVONS-NOUS FAIRE MIEUX?



Qu'avons-nous appris des Canadiens atteints de maladies chroniques? Leur qualité de vie est moindre; ils utilisent une grande partie des ressources en matière de santé; il y a des écarts considérables dans l'accessibilité et dans la qualité de leurs soins continus; et ils appuient des investissements publics pour améliorer la santé et pour prévenir les maladies.

Ce que nous avons appris des Canadiens montre pourquoi le renouvellement des soins de santé est important. Il est très important pour les personnes dont la santé et le bien-être sont en jeu. Il est important pour les familles, les communautés et la société en général, étant donné que nous portons collectivement le fardeau de l'échec de la prévention des maladies chroniques ou de l'amélioration des soins pour ces maladies. Collectivement nous pourrions partager le succès si nous agissions ensemble. Nous savons quoi faire, et comment faire.

Promouvoir la santé et prévenir les maladies chroniques

Au Canada, les gouvernements investissent clairement dans la promotion de la santé et mènent des activités pour prévenir les maladies chroniques. Dans bien des cas, les activités font appel à des partenaires multiples (gouvernementaux et non gouvernementaux) pour multiplier les retombées des investissements sociétaux en matière de santé. Une partie des efforts visent les déterminants sociaux de la santé, pour créer des conditions propices qui peuvent aider les Canadiens à apporter les changements nécessaires à leur mode de vie afin de réduire les risques de maladies chroniques.

Les gouvernements pourraient faire bien davantage pour surveiller les progrès effectués en vue de parvenir aux objectifs de santé du pays, et pour en rendre compte, en déterminant des buts locaux et en indiquant dans quelle mesure ils sont atteints. Faisons-nous des progrès? Sans une surveillance et des comptes rendus plus réguliers de ces activités, il est difficile de le dire. Nos investissements sont-ils suffisants? Probablement pas, surtout en comparaison à nos dépenses pour les services aux malades. Nous finançons l'échec (soins aux personnes une fois qu'elles sont tombées malades) et non le succès (prévention des maladies évitables). Rappelons que le total des dépenses en soins de santé était de 141 milliards de dollars en 2005, dont 40 milliards sont allés aux hôpitaux et 8,5 milliards à la santé publique¹. La part du lion des dépenses en soins hospitaliers est consacrée aux personnes atteintes de maladies chroniques : le tiers des Canadiens atteints d'une ou de plusieurs des sept maladies chroniques à haute incidence et haute prévalence passent plus de 70 % de toutes les nuits en hôpital (Figure 14). Que se passerait-il si nous finançons plus énergiquement le succès (la prévention) en consacrant 40 milliards de dollars à la santé publique? Pourrions-nous économiser alors des milliards de dollars en soins de santé, étant donné que les Canadiens seraient en meilleure santé?

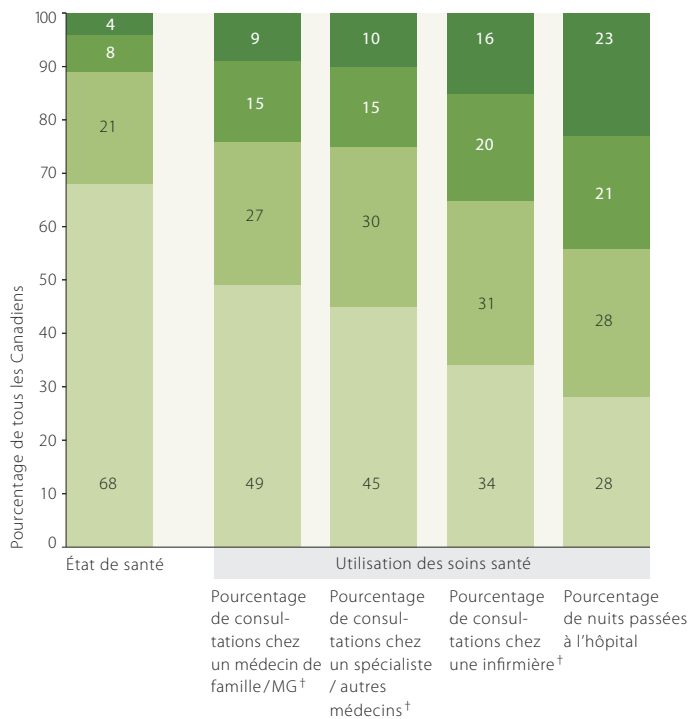


FIGURE 14
Utilisation relative des services de soins de santé : les personnes atteintes de maladies chroniques font une utilisation proportionnellement plus grande des visites aux professionnels de la santé et des soins en milieu hospitalier

- Aucune maladie chronique sélectionnée*
- 1 maladie chronique sélectionnée*
- 2 maladies chroniques sélectionnées*
- 3 maladies chroniques sélectionnées ou plus*

* Les maladies chroniques sélectionnées comprennent les maladies suivantes : arthrite, cancer, maladie pulmonaire obstructive chronique, diabète, maladie du cœur, hypertension et troubles de l'humeur.

† Consultations pour toute raison ou pour tout diagnostic. Sont exclues les consultations durant les nuits passées à l'hôpital.

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 3.1), 2005.

Les Canadiens comprennent que, sans ces investissements, nous mettons en danger l'avenir de notre santé; mais qu'avec eux, nous contribuons à l'assurer. En 2004, quand les premiers ministres ont publié leur *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, une enquête nationale a demandé aux Canadiens quelles étaient leurs priorités de politiques à propos des dépenses de la santé. Trois quarts des répondants (75 %) ont dit que cibler les investissements sur la « vie saine » aurait des répercussions. La moitié des répondants (50 %) ont déclaré que de tels investissements feraient « une différence sensible sur l'amélioration de la qualité des soins de santé »². Les enquêtes menées auparavant, et par la suite, ont montré des taux de soutien similaires du public^{3,4}. Les Canadiens appuient les mesures d'action des dirigeants politiques et des fonctionnaires pour promouvoir une société en santé et pour prévenir les maladies.

NOS CONSEILS AUX GOUVERNEMENTS

Investir dans le succès, en intensifiant les projets dont on sait qu'ils contribuent à la prévention des maladies chroniques et de leurs complications. Faire appel à tous les secteurs de gouvernement (en d'autres mots, à tous les ministères) pour mettre à contribution toutes les politiques publiques afin de créer les conditions sociales et environnementales voulues pour que les gens adoptent des modes de vie plus sains. Créer des partenariats fructueux avec les organismes non gouvernementaux, les administrations locales et l'industrie, pour mobiliser les efforts collectifs et appuyer la santé. Surveiller et mesurer régulièrement les retombées de ces investissements.

NOS CONSEILS AUX CANADIENS

Continuer d'appuyer les investissements publics dans la vie saine. Assumer la responsabilité de votre santé et de celle de votre famille, mais reconnaître aussi que nous devons faire un changement culturel radical pour ralentir la montée des maladies chroniques au Canada. De nombreux facteurs décident si les personnes peuvent ou non modifier leur mode de vie, et les politiques publiques jouent un rôle décisif dans leurs chances de succès. Il a fallu des décennies – et bien des types d'interventions – pour réduire le tabagisme et les maladies qui en découlent. Nous pouvons agir de même pour les facteurs de risque comme l'alimentation et l'activité physique, mais nous devons le faire plus rapidement.



« Depuis que notre fille a eu un diagnostic [de diabète de type 1] à l'âge de deux ans, nous avons constaté les différences entre le niveau de qualité dans les programmes de traitement, dans les différentes régions partout au pays. Nous avons regrettamment été témoins du fait que l'équité de l'accès aux pratiques exemplaires n'est qu'un rêve en 2006. »

Consultation publique du Conseil canadien de la santé sur le renouvellement des soins de santé et les maladies chroniques, printemps 2007

« À l'avenir, les pays dont la population sera le mieux en santé seront ceux qui parviendront le mieux à prévenir le diabète. »

D' Doug Manuel, scientifique principal, Institute of Clinical Evaluative Sciences, Ontario⁵.

« Aidez les gens comme moi, qui ne peuvent pas payer leurs médicaments, et on ne sera peut-être pas un tel poids pour le système hospitalier par la suite ... Mais comme pour mon propriétaire, l'entretien préventif n'est pas une des premières priorités. »

Consultation publique du Conseil canadien de la santé sur le renouvellement des soins de santé et les maladies chroniques, printemps 2007.

Améliorer l'accessibilité et la qualité des soins pour maladies chroniques

La vaste majorité des Canadiens atteints de maladies chroniques utilisent les services de santé fréquemment et ont un prestataire habituel de soins de santé. Plus de 80 % fréquentent le même médecin ou la même clinique depuis au moins trois ans, dont 59 % consultent le même prestataire de soins depuis plus de sept ans, ce qui indique une bonne continuité des soins.

Mais trop souvent, il est difficile pour les patients d'obtenir des rendez-vous en temps opportun, ce qui entraîne des visites inutiles aux urgences. Hormis les États-Unis, le Canada vient en dernière place parmi sept pays pour les visites faites aux urgences par des patients atteints de maladies chroniques, pour des problèmes qui auraient pu être traités par leur médecin habituel. Une fois que les personnes atteintes de maladies chroniques ont accès à des soins courants et continus, des questions troublantes subsistent quant à la qualité de ces soins.

Les soins pour maladies chroniques au Canada sont loin d'être à la hauteur des normes recommandées par les experts⁶ et loin d'être vraiment axés sur le patient. Par exemple, les patients estiment généralement que leurs prestataires communiquent bien, mais trop peu de patients sont encouragés à jouer un rôle actif dans la gestion de leurs problèmes de santé. Les rappels faits par les cabinets

de médecins pour le suivi des soins de santé et l'aiguillage vers les services capables d'aider les patients à adopter des modes de vie plus sains devraient être la norme pour les personnes atteintes de maladies chroniques, mais ils restent trop peu fréquents au Canada. Les patients atteints de maladies chroniques ne reçoivent pas plus de conseils et pas plus de soutien de leur prestataire habituel que les Canadiens sans maladie chronique au sujet des moyens de changer leurs habitudes personnelles pour améliorer leur santé.

Cependant, la plupart des Canadiens atteints de maladies chroniques donnent une note élevée à la qualité générale de leurs soins médicaux (Figure 15). Alors, quelle logique peut-on tirer de cette contradiction apparente? La conclusion à tirer est la suivante : compte tenu de ce que la plupart des personnes savent et attendent des prestataires de soins de santé, les patients sont satisfaits et disent leur confiance au système. Mais on peut aussi en conclure que beaucoup de personnes ne savent pas vraiment à quel point les soins de santé pourraient être meilleurs.

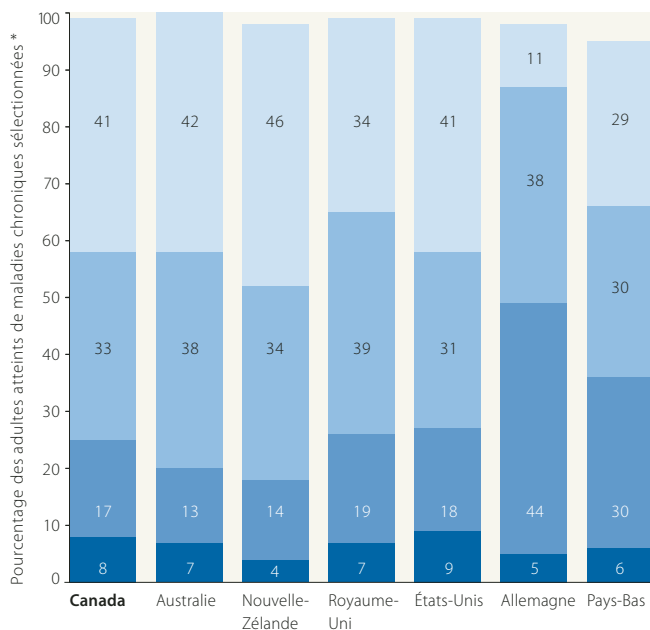


FIGURE 15
Les patients donnent de bonnes notes aux soins de santé primaires

Qualité des soins dispensés par le médecin habituel ou le lieu habituel de traitement au cours des deux années précédentes :

■ Excellent ■ Très bonne ■ Bonne ■ Moyenne / Médiocre

* Les maladies chroniques sélectionnées comprennent l'arthrite, l'asthme, la dépression, le diabète, le cancer, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les maladies du cœur (y compris les crises cardiaques) et l'hypertension.

Source : Fonds du Commonwealth, 2007 International Health Policy Survey of the General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries.

Ce que nous avons appris des Canadiens semble indiquer qu'il serait avantageux pour tous que les Canadiens soient mieux informés et participent davantage au processus de renouvellement des soins de santé, pour que les dirigeants politiques, les décideurs et les gestionnaires des politiques de santé aient l'appui nécessaire afin d'investir dans l'amélioration de la qualité des soins. Dans ce rapport, nous avons présenté des programmes qui réorientent les soins de santé pour aider les Canadiens à mieux gérer et à mieux prévenir les maladies chroniques. Ce sont des progrès encourageants, mais en dépit d'années de pourparlers, nous en sommes encore aux premiers pas d'une réforme très nécessaire.

En règle générale, les dirigeants politiques sont applaudis quand ils investissent pour augmenter le nombre de prestataires de soins de santé primaires, alors que dans bien des cas le public bénéficierait peut-être davantage de stratégies faites pour aider les prestataires existants à travailler avec plus d'efficacité. Dans un rapport précédent, nous avons démontré qu'améliorer la qualité des soins pour les maladies chroniques comme le diabète ne veut pas dire simplement multiplier le nombre des visites chez le médecin⁶. Il se peut que nous ayons besoin de plus nombreux prestataires de soins de santé – ou plus de prestataires appropriés – pour diverses raisons, mais cette seule mesure ne suffira pas à améliorer la qualité des soins. Ce qui compte, c'est ce qui se passe durant les visites médicales.

- › Équipes – Trop peu de Canadiens atteints de maladies chroniques ont accès en temps opportun à des équipes de soins de santé et à des gestionnaires de cas, même si la preuve existe clairement que la participation de ceux-ci est bénéfique aux résultats de santé.

« De nombreux services de santé pour maladies chroniques dispensés par les spécialistes et les généralistes pourraient – et devraient – être assurés par d'autres professionnels de la santé, avec une modification de leur champ de pratique au besoin. Quand on considère les quatre indicateurs fondamentaux [de soins recommandés] quant aux soins annuels pour le diabète – qui sont tous cruciaux pour les patients – il est peu probable que quelqu'un doive avoir fait des études de médecine pour s'assurer que le taux de sucre dans le sang d'un patient est vérifié deux fois par an, et que son taux de cholestérol, ses pieds et ses yeux sont examinés une fois par an ...

Jusqu'à quand le système devra-t-il fournir des stimulants financiers supplémentaires et investir dans une coûteuse technologie de l'information de surveillance avant que tous les fournisseurs ne suivent des directives simples, fondées sur les preuves, afin de donner des soins standard appropriés à leurs patients? »

D^{re} Joann Trypuc et Dr Alan Hudson, 2007⁷.



- 52
- › Technologie – Trop peu de Canadiens reçoivent des soins de prestataires qui se servent de systèmes électroniques d'information pour mieux évaluer la qualité des soins qu'ils offrent et pour aligner les soins dispensés sur les directives des experts.
 - › Formation – Trop peu de Canadiens reçoivent des soins de prestataires qui ont la formation et le soutien requis afin de travailler en équipe, plus efficacement, pour améliorer la qualité des soins.

Changer les modes de prestation des soins de santé – pour qu'ils restent centrés sur le patient et pour qu'ils concordent avec les directives des experts – exigera beaucoup de temps, d'attention et d'argent. Mais ces investissements seront rentables car la santé des Canadiens y gagnera, et la durabilité du système de santé aussi.

NOS CONSEILS AUX GOUVERNEMENTS, AUX DÉCIDEURS DE POLITIQUES EN MATIÈRE DE SANTÉ, AUX GESTIONNAIRES ET AUX PRESTATEURS

Investir dans des stratégies qui ont fait la preuve qu'elles mènent à une amélioration de la qualité des soins de santé et faire participer les patients à la gestion de leurs propres maladies chroniques. Pour cela, il faudra opérer un changement et passer d'une culture qui veut « trouver et régler » le problème à une mentalité qui veut le « prévenir, trouver, gérer ». Orienter les efforts surtout sur les patients atteints de maladies chroniques multiples et aider les patients à prévenir ces problèmes de santé complexes; ces patients ont la pire qualité de vie et ont le plus besoin de services intensifs de santé. Nous continuons de recommander un nouveau concept de la médecine familiale traditionnelle qui fasse place aux équipes, à la technologie et à la formation afin d'apporter les changements nécessaires pour améliorer les soins de santé aux personnes atteintes de maladies chroniques, et en fin de compte pour améliorer les résultats de santé.

NOS CONSEILS AUX CANADIENS

Attendre davantage de votre système de soins de santé et de ses responsables. Autoriser les gouvernements et le secteur de la santé à investir maintenant, et à investir beaucoup, dans des stratégies qui se sont avérées économiques pour améliorer les soins de santé. Le Canada peut traiter les causes de la situation actuelle en ce qui concerne les maladies chroniques – situation qui est loin d'être idéale. Mais pour cela, vous devez avoir des attentes élevées.

Surveiller les progrès

Vu l'ampleur des investissements actuels et des investissements requis dans la promotion de la santé, la prévention des maladies et les soins pour maladies chroniques, le Canada a besoin d'une stratégie de surveillance, ou de suivi de l'information, pour mesurer nos progrès en vue de réduire le fardeau des maladies chroniques et pour signaler les défis à venir. Grâce aux systèmes de surveillance, les décideurs de politiques en matière de santé, les gestionnaires et les prestataires disposent de renseignements sur la santé des Canadiens et peuvent travailler du mieux possible pour améliorer la santé et le système de santé.

Au Canada, des systèmes de surveillance nationaux, provinciaux et territoriaux fournissent des données sur le nombre de personnes atteintes de maladies bien précises, comme le diabète ou le cancer, et sur les soins qu'ils reçoivent. Il existe aussi des systèmes d'information qui font le suivi des facteurs de risque de santé et l'utilisation des services hospitaliers chez les Canadiens. Ce qu'il nous faut maintenant, ce sont des systèmes capables d'intégrer les renseignements sur nos risques de santé, sur les environnements où nous vivons, sur notre capacité à obtenir les soins nécessaires, sur la qualité des soins obtenus et sur les résultats de santé. Ces systèmes d'information intégrés sont essentiels à la compréhension des répercussions des programmes et des politiques conçus dans l'espoir de réduire les risques de maladies et d'améliorer les résultats de santé.

C'est pourquoi le Conseil canadien de la santé appuie l'un des engagements pris par l'Agence de la santé publique du Canada dans son Plan stratégique (2007 à 2012) pour « rationaliser sa surveillance dans un système national intégré et la positionner comme une ressource stratégique pour l'Agence – une ressource que tous les principaux intervenants peuvent optimiser à son plein potentiel »⁸.

NOS CONSEILS AUX GOUVERNEMENTS DU CANADA

Développer et utiliser des systèmes pertinents d'information qui facilitent davantage le suivi, la recherche et les comptes rendus au public sur la prévalence et la distribution des maladies chroniques, sur les facteurs de risque de ces maladies, sur les résultats des investissements en promotion de la santé et en prévention des maladies, sur l'accessibilité des soins de santé pour les Canadiens atteints de maladies chroniques et sur la qualité et les retombées de tous ces soins. Quelques provinces ont réalisé de grands progrès dans l'élaboration de ce type de système d'information, à l'échelle locale. L'Agence de la santé publique du Canada s'est engagée à élaborer un système national de surveillance cohérent et intégré, mais chaque province et territoire aura besoin de ses propres renseignements pour gérer la santé de sa population et son système de santé.

Sans de meilleures données, les responsables du renouvellement des soins de santé – leaders politiques, décideurs de politiques en matière de santé, gestionnaires et prestataires de soins de santé – travaillent dans le noir. Faute d'une meilleure transparence et de meilleurs comptes rendus publics, les Canadiens ne seront pas bien informés des résultats de ces investissements publics et les gouvernements auront de plus en plus de mal à prendre des décisions éclairées sur les investissements dans le secteur de la santé.

Conclusion

Ce que nous avons appris des Canadiens montre encore davantage le besoin de mesures d'action immédiates, exhaustives et soutenues afin de promouvoir des modes de vie sains, prévenir les problèmes de santé à long terme et améliorer les soins de santé pour les personnes atteintes de maladies chroniques. En tant que sages responsables de la santé publique et des fonds publics, les gouvernements devraient mener et poursuivre des efforts pour aider les Canadiens à avoir la meilleure qualité de vie possible et à prévenir les maladies évitables. Les Canadiens comprennent que sans ces investissements, nous mettons l'avenir de notre santé en danger; avec ces investissements, nous contribuons à l'assurer.

Références

- 1 Institut canadien d'information sur la santé. (2006). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2006*. Ottawa : ICIS.
- 2 Soroka SN. (2007). *Le système de santé : Perceptions des Canadiens*. [Figure 32]. Toronto : Conseil canadien de la santé. www.conseilcanadiendelasante.ca.
- 3 Pollara. (2002). Contribution du public sur l'avenir des soins de santé : Résultats extraits des documents d'information. Préparé pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. www.hc-sc.gc.ca/français/care/romanow/index1.html
- 4 Pollara. (2006). Sondage sur le système de santé canadien 2006. www.hcic-sssc.ca.
- 5 CBC.ca, Nouvelles. (6 mars 2007). Prévenir et gérer le diabète : Rapport. CBC, Nouvelles.
- 6 Conseil canadien de la santé. (2007) *Importance du renouvellement des soins de santé : Lessons du diabète*. Toronto : Conseil canadien de la santé. www.conseilcanadiendelasante.ca
- 7 Trypuc J, Hudson A. (2007). Chronic disease prevention and management: some uncomfortable questions. [Commentaire]. *Healthcare Papers*; 7(4): 29-33.
- 8 Agence de la santé publique du Canada. (2007). Plan stratégique 2007-2012. Priorités quinquennales. [page Web]. www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/sp-ps/SPPS-06d2-fra.html.



REMERCIEMENTS

Le Conseil canadien de la santé tient à remercier de leurs efforts remarquables les nombreux collaborateurs qui ont contribué à la préparation de ce rapport. Nous avons bénéficié de l'aide précieuse de nos relations gouvernementales et de nombreuses personnes qui travaillent à la santé de la population, à la prévention des maladies chroniques et à la prestation des soins de santé partout au Canada.

Ce projet a été mené par le Comité directeur des résultats de santé, Conseil canadien de la santé. Ce comité est formé de membres du Conseil et de membres d'organismes externes :

Membres du Conseil

D^r Ian Bowmer (président, Comité directeur des résultats de santé)
 M. Albert Fogarty
 M. Steven Lewis
 D^{re} Danielle Martin
 D^r Robert McMurtry*
 M. Bob Nakagawa*
 D^r Stanley Vollant

* a cessé ses fonctions au Conseil canadien de la santé en septembre 2007

Membres externes

M. Andrew Hazlewood, sous-ministre adjoint, Santé et Bien-être de la population, ministère de la Santé, gouvernement de la Colombie-Britannique

D^r Doug Manuel, scientifique principal, Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES)

D^{re} Claudia Sanmartin, analyste principale, Groupe d'analyse et de mesure de la santé, Statistique Canada

D^{re} Sylvie Stachenko, sous-administratrice en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada

M. Greg Webster, directeur, Recherche et élaboration des indicateurs, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Le Conseil canadien de la santé tient aussi à remercier le personnel de l'Agence de la santé publique du Canada pour ses commentaires durant l'élaboration de ce rapport. Il dit aussi sa gratitude aux personnes dont les noms suivent et qui ont contribué aux recherches ou aux révisions des ébauches.

M^{me} Anne-Marie Broemeling, membre de la faculté, Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique

M^{me} Saira David, consultante

M^{me} Teuta Dodbiba, consultante

M^{me} Saeeda Khan, analyste, Division de l'information et de la recherche sur la santé, Statistique Canada

D^{re} Claudia Sanmartin, analyste principale, Groupe d'analyse et de mesure de la santé, Statistique Canada

L'enquête *International Health Policy Survey of the General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries*, du Fonds du Commonwealth, a été parrainée par le Fonds du Commonwealth et menée par Harris Interactive. Le cofinancement de l'échantillon canadien de ce projet est venu du Conseil canadien de la santé; l'échantillon des Pays Bas a été financé par les organismes suivants : ministère de la Santé, Bien-être et Sport, Centre pour la qualité des recherches sur les soins de santé (WOK), Université Radboud Nijmegen; l'échantillon de l'Allemagne a été financé par l'Institut pour la qualité et l'efficacité des soins de ce pays.

Finalement, le Conseil remercie les membres du secrétariat de leur travail à ce rapport, entre autres Farrah Prebtani, Melissa Stephens, Diane Watson et Amy Zierler.

Les analyses et les conclusions de ce rapport ne reflètent pas nécessairement celles des membres externes du Comité directeur, des contributeurs aux recherches, des critiques ou des organismes auxquels ils sont affiliés.

FIGURES**1 / PAGE 16**

Les maladies chroniques sont plus courantes chez les personnes plus âgées, les femmes et les Canadiens à faible revenu

2 / PAGE 17

L'arthrite et l'hypertension sont des maladies chroniques courantes

3 / PAGE 18

Les Canadiens atteints de maladies chroniques sélectionnées sont en moins bonne santé et souffrent plus de handicaps

4 / PAGE 19

Les personnes atteintes de 3 maladies chroniques ou plus consultent plus souvent des infirmières et des médecins

5 / PAGE 20

Les Canadiens atteints de trois maladies chroniques sélectionnées ou plus passent beaucoup plus de nuits à l'hôpital

6 / PAGE 21

Les changements de modes de vie peuvent-ils réduire les coûts des services de santé?

7 / PAGE 31

Les prestataires de soins de santé font-ils la promotion des modes de vie sains et de la prévention des maladies?

8 / PAGE 35

Les Canadiens attendent plus longtemps que les patients des autres pays

9 / PAGE 36

Accès aux soins après les heures de service

10 / PAGE 37

Visites évitables aux services d'urgence

11 / PAGE 38

Obstacles financiers aux soins de santé

12 / PAGE 43

Coordination des soins de santé

13 / PAGE 43

Chercher des renseignements sur la qualité des soins

14 / PAGE 48

Utilisation relative des services de soins de santé : les personnes atteintes de maladies chroniques font une utilisation proportionnellement plus grande des visites aux professionnels de la santé et des soins en milieu hospitalier

15 / PAGE 50

Les patients donnent de bonnes notes aux soins de santé primaires

APERÇU DU CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ

Les premiers ministres du pays ont créé le Conseil canadien de la santé par leur *Accord sur le renouvellement des soins de santé* en 2003, puis ont renforcé son rôle par le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* en 2004. Le Conseil fait rapport sur les progrès réalisés quant au renouvellement des soins de santé, sur l'état de santé des Canadiens et sur les résultats de santé au sein de notre système. Notre objectif est d'avoir une vue d'ensemble, à l'échelle du système, sur la réforme des soins de santé au nom du public canadien, en portant tout particulièrement attention à la responsabilisation et à la transparence.

Les administrations participantes ont nommé au Conseil des membres qui représentent leur gouvernement respectif, de même que des membres qui ont l'expérience de domaines très divers comme les soins communautaires, la santé des Autochtones, les soins infirmiers, l'éducation à la santé, l'administration, les finances, la médecine et la pharmacie. Les administrations participantes comprennent la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le gouvernement fédéral.

Financé par Santé Canada, le Conseil est un organisme autonome, sans but lucratif. Les membres de cet organisme sont les ministres de la Santé des administrations participantes.

Vision du Conseil

Un public canadien bien informé et en santé, qui croit en l'efficacité, la durabilité et la compétence du système canadien de soins de santé à promouvoir la santé et à répondre aux besoins de santé des Canadiens et Canadiennes.

Mission du Conseil

Le Conseil canadien de la santé favorise la transparence et la responsabilisation en évaluant les progrès accomplis quant à la qualité, l'efficacité et la durabilité du système. En effectuant une surveillance perspicace, en présentant des rapports publics et en favorisant des discussions éclairées, le Conseil met en évidence ce qui aide ou ce qui nuit au renouvellement du système de soins de santé et au bien-être des Canadiens et Canadiennes.

Membres du Conseil*

REPRÉSENTANTS DU GOUVERNEMENT

M. Albert Fogarty – Île-du-Prince-Édouard
Dr Alex Gillis – Nouvelle-Écosse
M. John Greschner – Yukon
M. Michel C. Leger – Nouveau-Brunswick
M^{me} Lyn McLeod – Ontario
M. David Richardson – Nunavut
M. Mike Shaw – Saskatchewan
M^{me} Elizabeth Snider – Territoires du Nord-Ouest
Dr Les Vertesi – Colombie-Britannique

POSTES VACANTS

Canada
Manitoba
Terre-Neuve-et-Labrador

AUTRES REPRÉSENTANTS

Dr^e Jeanne F. Besner, présidente
Dr M. Ian Bowmer, vice-président
M. Jean-Guy Finn
Dr^e Nuala Kenny
M. Jose A. Kusugak
M. Steven Lewis
Dr^e Danielle Martin
M. George L. Morfitt
M^{me} Verda Petry
Dr Stanley Vollant

* Décembre 2007

www.conseilcanadiendelasante.ca

Pour joindre le Conseil canadien de la santé :

Téléphone : 416-481-7397

Télécopieur : 416-481-1381

90, avenue Eglinton Est, bureau 900

Toronto (Ontario) M4P 2Y3

